

A fondo

Más allá de la sobreutilización

Perspectiva ética y económica de la responsabilidad profesional médica por la práctica inadecuada

Beyond Overuse: An Ethical and Economic Perspective on Medical Professional Liability for Inappropriate Practice

Ana Belén Cruz Valiño

Universitat Jaume I

Resumen

Construir sistemas de salud resilientes y promover la acción mundial por “Una sola salud” resulta inaplazable. Este trabajo analiza el uso excesivo, en particular la práctica de la medicina defensiva (MD), que evita prestar servicios médicos (MD omisiva), o abusa de estos (MD activa), por el temor legal, entre otros, con efectos nocivos, lo que se ilustra con datos económicos. Al tiempo estudia el coste de oportunidad desde enfoques diversos. Analiza el papel del sistema de responsabilidad por negligencia médica y el esquema de seguridad del paciente. La cultura de la “culpa” y la iatrogenia como problema de salud pública resuenan como telón de fondo.

Palabras clave: Medicina defensiva, responsabilidad médica, sistemas de salud, uso excesivo, seguridad del paciente.

Abstract

Building resilient health systems and a global action working on “One Health” is an urgent need. This work aims overuse, particularly the practice of defensive (DM) medicine practices, which either avoids providing medical services (omissive MD) or abuses them (active DM, due to legal fear, among others, with harmful effects, which is illustrated with economic data while studying the opportunity cost from different approaches. Discusses the role of the medical malpractice liability system and the patient safety scheme. The culture of “blame” and iatrogenia as a public health problem resonate as a backdrop.

Keywords: Defensive medicine, health systems, medical liability, overuse, patient safety.

El mejor sistema de salud “no será el que brinde todo para todos, sino el que determine lo que cada sociedad quiere gastar en atención sanitaria y proporcione servicios explícitamente limitados y basados en evidencia, de manera humana y abierta, sin pedir lo imposible a su personal”

(Smith, 1999, p.10).

Introducción

Cuando la comunidad mundial afronta la última crisis (sanitaria, alimentaria, energética y humanitaria) que amenaza la salud y la seguridad globales, más que nunca, -no en vano los efectos de la última pandemia (covid-19) sobre la salud y los sistemas sanitarios persistirán en el tiempo- se considera que menos es más. Impulsar el concepto “una sola salud” sitúa el foco en los sistemas de salud resilientes, y exige priorizar acciones mediante alianzas estratégicas, como el acuerdo sobre el fondo de preparación, disposición operativa y respuesta frente a las pandemias para garantizar la sostenibilidad del sistema y el cuidado de la salud a nivel global (OMS, 2023a). La sobreutilización de recursos sanitarios ya era una preocupación global, y es que cuando la oferta de servicios escasos no aumenta, el coste marginal genera un problema de demanda. Las enfermedades transmisibles anteponen la asistencia de emergencia en detrimento de la patología crónica o la ancianidad, cuyo cuidado consume recursos sanitarios que podrían utilizarse en otras intervenciones.

Abordar el sobreuso sanitario requiere un apunte conceptual previo sobre la asignación de recursos. Un factor inductor de sobreuso, denominado “medicina defensiva” (MD) desde los años 70 del siglo XX, da cuenta de los daños cuantitativos o económicos (indemnizaciones y coberturas de seguros, entre otros) y daños cualitativos (coste de oportunidad, menor calidad asistencial) que produce la responsabilidad por negligencia en la práctica de la medicina. La premisa de partida (sobreutilización) se ilustra con datos económicos de países y especialidades médicas en sistemas de responsabilidad medicolegal diferentes. El contraste entre las estructuras sanitarias y las denuncias por mala praxis muestra cómo la responsabilidad legal médica repercute en la provisión de servicios sanitarios y justifica el estudio de la MD en perspectiva comparada, como incentivo del gasto superfluo.

El análisis económico del Derecho procura normas eficientes para una sociedad determinada, y la sanidad, como cualquier sector, es objeto de regulación. El sistema legal de negligencia basado en la culpa civil produce efectos nocivos en la práctica clínica; sin embargo, sustituirlo por uno de responsabilidad objetiva no prevé una disminución de estos. El concepto de resiliencia de las organizaciones sanitarias, como “grado en un sistema previene, detecta, mitiga o mejora los peligros o incidentes, lo que permite a una organización ‘recuperar’ lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño” (OMS, 2009), fue acuñado en sede de seguridad del paciente, un compromiso renovado tras la Carta de Montreal que actualiza este esquema (OMS, 2023b). La seguridad del paciente emerge como respuesta que estudia el error y aprende de este para evitar daños futuros. La cultura de la “culpa” y la iatrogenia como problema de salud pública resuenan como telón de fondo.

Una reflexión ética, para finalizar, examina conceptos como futilidad y sus correlativos (tratamiento indicado, contraindicado o fútil) y propone límites a la intervención desde los fines de la medicina.

1. Marco de referencia: asignación de recursos sanitarios

La salud es un bien de uso que no se gestiona en el mercado, sino que constituye un bien al que se le asigna un valor. La asistencia sanitaria sí constituye un bien de cambio, lo que permite hablar de coste de oportunidad: dicho de otra forma, cuando se asigna un determinado recurso sanitario a un paciente se priva de recursos a los restantes, lo que se traduce en “sacrificios soportados por otra gente” (Conill, 1998), y en ese momento deviene una cuestión de justicia social.

Conciliar la equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos sanitarios es tanto como decidir qué es el bien público.

La asignación de los recursos sanitarios obedece a dos criterios, por simplificar: 1) el utilitarista que emplea los recursos en lo que obtiene un mayor beneficio (valor eficiencia), y 2) el rawlsiano que intenta que los recursos lleguen a todos por igual y, en caso de desigualdad, prima el acceso de los más vulnerables (valor equidad). Huelga decir que la forma en cómo se determinan estos bienes, es decir, su traducción en términos de servicios sanitarios constituye una cuestión de valor. De tal manera que cuando la eficiencia se sitúa al servicio de bienes como la salud y la asistencia sanitaria, asume el criterio de universalización, lo que permitiría que todos no signifique todos en general, sino “*todos y cada uno*”. Así las cosas, equidad y eficiencia se complementan; pues la mera equidad incrementa el gasto de forma ilimitada y el sistema sería insostenible; mientras que la mera eficiencia produce inequidad o discriminaciones inaceptables, lo que constituye una cuestión de justicia social por los principios, que no por las consecuencias (Gracia, 2004:177). En definitiva, conciliar la equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos sanitarios es tanto como decidir qué es el bien público. Paradójicamente, y, ante esta elección, la sociedad se inhibe de participar y también los dirigentes, pues explicitar las prestaciones sanitarias influye en la respuesta electoral (Ortún-Rubio, 1997) en la ignorancia de que racionalizar el coste sanitario eliminando el gasto superfluo ahonda en el interés genuino de la persona usuaria (Brody, 2012).

Mejorar la inversión en gasto sanitario no significa tener más tecnología, por ejemplo, sino que cualquier discusión que analice el coste financiero no obvie aspectos relevantes (McQuade, 1991), lo que ocurre cuando se enfoca el debate sobre los medios, en lugar de abordar los fines de la medicina y la asistencia sanitaria desde un concepto de salud sostenible; consciente de los límites de la medicina, y la vulnerabilidad del ser humano, sin olvidar las necesidades de cuidado. Entre estos límites están los del personal sanitario, a cuyo fin el editorial de Richard Smith que encabeza este artículo resulta de extraordinaria vigencia.

1.1. Sobreutilización y procedimientos de bajo valor clínico

Chassin y Galvin (1998) definieron el sobreuso (*overuse*) como “la prestación de servicios médicos para los cuales el potencial de daño excede el potencial de beneficio”, reconocido a nivel global. El desafío comienza con la definición de “atención asistencial” adecuada, pues deviene necesaria para la estimación del uso excesivo. Este

componente de inversión fue analizado desde estimaciones diversas, para los EE. UU., desde la más conservadora con medición directa de los servicios, con un porcentaje entre el 6 % y el 8 % del gasto total en salud, y los estudios de variación geográfica (medida indirecta) para el ámbito de Medicare, próximo al 29 %. A nivel global, el uso excesivo ronda el 89 %, siendo significativo en países de altos ingresos. La paradoja es que el sobreuso coexiste con necesidades asistenciales no satisfechas o infrautilización de servicios médicos (Brownlee et al, 2017). En íntima conexión, una parte significativa del gasto sanitario se destina a la atención de *bajo valor*, entendida como “aquella asistencia que es mayor en lo que perjudica, en términos de recursos, gastos financieros o daño al paciente que los beneficios clínicos obtenidos” (Korestein et al, 2012, p.172). Así, un estudio identificó 22 prácticas hospitalarias en España con escaso beneficio clínico, y propone mecanismos para la toma de decisiones reforzando la confianza médico-paciente (Osorio et al, 2021).

Racionalizar el coste sanitario eliminando el gasto superfluo ahonda en el interés genuino de la persona usuaria.

Con la mirada puesta en la actitud diligente (*standard of care*), Christopher Smith (2011) analizó la medicina defensiva (MD) y el sistema de negligencia médica como factor que impulsa procedimientos innecesarios:

“la MD y la tendencia a promover el uso excesivo o *sobreutilización* es el resultado, en cierta medida, de un sistema de negligencia médica en el que el estándar de cuidado puede contribuir a reducir la calidad de la atención médica: procedimientos de diagnóstico (como biopsias) que son innecesarios significan riesgos innecesarios para los pacientes; los resultados ambiguos o falsos positivos también producen estrés emocional y la necesidad de más pruebas de diagnóstico, desencadenando una escalada escasamente controlable”.

La manida MD se considera un componente de la práctica médica de bajo valor (Korestein et al. 2012), siendo el factor más estudiado de sobreuso, a cuyo perímetro conceptual se dedicó abundante literatura, experimentando una doble ampliación: 1) una de carácter espacial, hasta conformar un problema global (Cruz-Valiño, 2020b), y 2) otra de carácter semántico, mudando su significado en cada territorio y contexto cultural y económico (Cruz-Valiño, 2021). Esta práctica médica produce costes incuantificables, como el coste de oportunidad, o menor calidad asistencial, y el daño que produce en la salud, individual y colectiva. Sin embargo, los daños económicos (cuantificables) acaparan la atención, pese a la dificultad de aislarlos del coste sanitario global.

1.2. El concepto de cuidado óptimo

El concepto de *cuidado óptimo* permite comprender cómo la asistencia sanitaria deviene excesiva y defensiva cuando excede de los beneficios potenciales. La aversión al temor legal que se invoca como causa considera la reforma del sistema de negligencia como solución; sin embargo, cuando esta tiene lugar no revela cambios significativos (Sloan & Shadle, 2009; Kapp, 2016) porque el personal médico mantiene actitudes defensivas cuando se siente desprotegido, frente a los incentivos financieros que demuestran mayor eficacia: el esfuerzo por racionalizar la práctica médica con indicaciones prudentes resulta infructuoso y requiere una respuesta múltiple ante la confusión de los gestores (Kapp, 2016; en detalle Cruz-Valiño, 2020).

La organización colabora al mantener este esquema en lo que se considera “una demasía de servicios, en ocasiones es sobreutilización de recursos diagnósticos, pero no sólo por los médicos, sino también algunas *instituciones*” (Hernández Gamboa, 2018, p. 25), mientras que la prevención y la promoción de la salud evitan aquella medicalización o mercantilización de la enfermedad, impulsando la mirada clínica -como capacidad personal- hacia la contención de recursos. Esto permite “separarse de la tutela nociva de la industria, mantener una actitud profesional crítica, no actuar con maleficencia y respetar el principio de justicia como gestores de los recursos finitos y del coste de oportunidad de las decisiones médicas” (Martínez-González, et al. 2014).

El comportamiento de la persona usuaria del sistema de salud influye en el uso excesivo, lo que refleja el modelo explicativo de Osti & Steyrer (2017), para la cual “la práctica médica defensiva (...), constituye un efecto adverso externo de la regulación legal y la elección del consumidor, que puede analizarse y destacarse mediante modelos explicativos de economía social y conductual”. Desde una aproximación económica basada en la *teoría de los juegos* que analiza diferentes escenarios de MD en un marco teórico de juego único, -relación asistencial entre médico y paciente-, el personal médico debe elegir entre brindar el tratamiento óptimo o uno inferior, lo que puede equivaler a practicar MD. Los autores concluyen que no existe ningún tipo de reforma que pueda disuadir sin ambigüedad las prácticas de MD (Antoci, et al. 2019).

1.3. Coste de oportunidad

El exceso de servicios médicos, adicionales o *innecesarios* en la atención a un paciente impide que el beneficio potencial de una intervención con valor clínico sea destinado a otros pacientes y sacrifica recursos sociosanitarios. En otras palabras, el sobreuso produce un daño incalculable para el conjunto de la sociedad, como el coste de oportunidad resultado de las decisiones clínicas defensivas, más allá del aumento de costes en detrimento de la calidad asistencial. La derivación de pacientes a las especialidades médicas constituye una práctica paradigmática motivada por la aversión al riesgo, la incertidumbre y la tolerancia hacia la “decisión sin diagnóstico” (Gervás y Serrano, 2010) *engrosando* las listas de espera para el acceso, tanto a las especialidades, como a pruebas diagnósticas. Retrasar la aplicación de una terapia o la curación de una dolencia produce un perjuicio al paciente individual y al colectivo de pacientes (Costa-Alcaraz et al, 2013; Broggi, 2017), pues priva de salud a otros pacientes, y “produce iatrogenia por vía indirecta, desviando recursos que podrían utilizar en ganar salud”, e incluso va más allá: intervenir en exceso o sobreutilizar los recursos incurre, “paradójicamente, en daño por omisión” (González López-Valcárcel y Campillo, 2017, p. 368).

Financiar aquellos servicios, en detrimento de la inversión en mejora de los determinantes de la salud, forma parte del coste de oportunidad que detrae recursos asistenciales (Sánchez et al, 2005; Costa-Alcaraz, Calvo-Rigual y Siurana-Aparisi, 2013; Brownle et al, 2017; Glasziou et al, 2013). Mientras tanto, los países en vías de desarrollo lidian con la enfermedad y la incertidumbre sin medios de diagnóstico, hasta después del fallecimiento (Ordi et al. 2019), aumentando la inequidad global en salud. Reducir los servicios ineficaces priorizando los servicios de valor clínico deviene inaplazable; garantiza el sostenimiento financiero y evita daños físicos y psicológicos a los pacientes sin disminuir la calidad asistencial (Kapp, 2015).

2. Datos económicos del gasto superfluo en sanidad

2.1. Premisas

Uno de los factores más estudiados del sobreuso es la MD, cuyo coste económico resulta difícil de aislar en el gasto sanitario total. Las diversas definiciones y las mediciones que agrupan medidas no homogéneas no proporcionan estimaciones fiables para evaluar los costes agregados (Wagner, 1990; De Ville, 1998; Kessler et al, 2006; Rothstein, 2010). Tampoco resulta pacífico que se debe considerar como coste directo. En todo caso, como el gasto por indemnización de daños aumenta (honorarios de defensa y peritos), también lo hacen las primas de seguro de responsabilidad profesional y la tasa por servicios médicos, lo que repercute sobre la persona usuaria y tercero pagador (Zuckerman, 1984; Mello et al, 2010). El enfoque salutogénico de Friedman et al (2016) focaliza los efectos de la prescripción sin valor clínico que obvia los hábitos no saludables y su relación con algunas enfermedades crónicas, y considera inadecuado extrapolar los costes sanitarios del sistema estadounidense. Por su parte, los costes indirectos del sistema de negligencia médica (pruebas innecesarias o sobreuso de servicios) arroja estimaciones parciales y divergencia de resultados (Berlin, 2017), mientras el sobreuso de pruebas de imágenes, que conduce al sobrediagnóstico o diagnóstico excesivo se atribuye a la MD: “la MD es un desafío serio y frecuente en la medicina moderna y es una causa importante de la *sobreutilización de imágenes*; es decir, cuya aplicación tiene una baja probabilidad de mejorar el resultado del paciente” (Franz Kainberger, 2017, p.158).

Con estas premisas transitaremos por el estudio del factor de sobreuso que más ha sido objeto de estudio, lo que intentaré ilustrar mediante 1) los estudios de costes de la MD por países o especialidades, y 2) el ahorro potencial de eliminar esta práctica.

2.2. Costes económicos

Como antecedente, cabe citar el *Informe Weinberger (1973)* que realiza una estimación económica en los Servicios de Urgencia de EE. UU. de la práctica defensiva, a solicitud del Departamento de Salud, incluyendo el 90% de las pruebas de Rayos X (cervical, lumbar, pecho, abdomen, extremidades y riñón), cuyo coste asciende a siete mil millones de dólares de gasto anual (Spaeth, 1983; OTA, 1994); una cantidad de la que se sirve West (1994) para estimar el gasto del año 1975 entre tres o seis mil millones de dólares, y el del año 1983 entre 15 a 40 mil millones que, extrapolado al año 1993, según sus previsiones, alcanzaría entre 13,6 a 81 mil millones de dólares.

La asociación profesional AMA (*American medical Association*) impulsó la iniciativa de Reynolds (1987) de cuantificar el coste de la responsabilidad profesional médica, para lo cual se sirve de dos métodos; el primero cuantifica los costes directos; es decir, las primas y la defensa legal; y el segundo los costes indirectos (servicios innecesarios o defensivos), que cifra entre 12 y 13 mil millones de dólares. No obstante, el estudio Lewin-VHI Inc. (1993) demuestra que el empleo de una definición restrictiva de MD como “las prestaciones que están motivadas únicamente por la MD”, disminuye la cifra respecto al estudio anterior que empleó una definición subjetiva *ad hoc*, con estimaciones del año 1991 (18,8 mil millones de dólares) de coste de la MD hospitalaria que, sumados a la medicina general (6,1 mil millones), alcanza los 24 mil

El sobreuso produce un daño incalculable para la sociedad, como el coste de oportunidad, derivado de las decisiones clínicas defensivas.

millones de dólares. Cuestiona los datos y realiza tres estimaciones: la mínima, la media y la máxima, que oscilan entre cinco y 14,9 mil millones de dólares (OMR, 2008).

El documento que elabora la OTA (1994) mide los costes relativos de la MD para dos supuestos: intervención cesárea y pruebas de radiología por lesión craneal en pacientes jóvenes. Concluye que tan solo el 8% de los diagnósticos son “defensivos”. Anderson (1999) cuestiona que este porcentaje se desprece, pues se traduce en decenas de miles de millones de dólares de inversión en gasto sanitario. Por paradójico que resulte, la OTA (1992) había realizado una estimación del coste anual del parto por cesárea que estimó en 8,7 mil millones de dólares al año y las pruebas por lesión craneal en 44,7 mil millones.

Los estudios de consumo muestran cómo aumenta el gasto tras el uso intenso de la tecnología, como el realizado en el *Hospital de Washington* (GWUMC) al instalar un escáner de TAC cerebral (años 1973 y 1976) aumentando el número de pruebas (3.635 vs 3.914) y triplicando el coste sanitario (321.000 dólares vs 1.314.204 dólares), equivalente al 93% de aumento en coste directo; es decir, 992,794 dólares (Knaus, 1977).

Merenstein (2005) indaga quién gana o pierde con la MD, y sitúa el coste anual en EE. UU. en torno a 47 y 194 mil millones de dólares, para los años 1997 y 2005, respectivamente.

Bishop & Pesko (2015) afirman que la mayoría del personal médico en EE. UU. practica MD, traducido en 60 mil millones de dólares de gasto anual (Kessler, 2006), lo que ocurre en países con un menor clima de litigiosidad, y conduce a que otros autores se pregunten cómo influye el sistema de negligencia estadounidense en el sobreuso de recursos ante la falta de evidencia que relacione ambos aspectos (Jena et al, 2015).

Panella et al (2016) confirman la práctica defensiva en EE. UU. (93% en Atención Hospitalaria), con un coste económico anual de entre 50 y 100 mil millones de dólares, en Reino Unido (78%), en Israel (60%), y en Italia (60%), lo que equivale al 10,71% del gasto total en sanidad pública.

Osti & Steyrer (2017) dedican un artículo al análisis de factores que aumentan el Producto interior bruto (PIB) en los servicios con demandas inelásticas. Concluyen que, las decisiones irracionales y las conductas de imitación, tanto de consumidores como de proveedores, son resultado de la MD que vulnera el criterio ético de eficiencia y transparencia en la toma de decisiones y la asignación de recursos. Se ilustra con estudios realizados en EE. UU., Alemania y Austria:

- Rubin & Mendelson (1994) cifran el porcentaje de gasto anual en MD para EE. UU. entre el 5% y el 9% del presupuesto sanitario (12 mil millones en 1987).
- McGwin (2008) cifra el coste anual que afrontaron las compañías de seguros en Alemania en 120 millones de euros, solo en Traumatología, duplicado entre 2000 y 2009.
- Sethi et al (2012) estiman el gasto anual en EE. UU. en dos mil millones de dólares en Cirugía y Ortopedia defensiva.
- Osti y Steyrer (2017) estiman el coste de la MD en Austria en 42,4 millones de euros distribuido por especialidades: Ortopedia (11,5 millones), Cirugía de trauma (23,5

millones) y Radiología (7,4 millones). (Fuente: Pacto del Ministerio Austriaco para la salud (*Bundesministerium für Gesundheit*, 2014).

Leonard Berlin (2017) destaca algunas estimaciones dispares:

- La Oficina Federal del Gobierno de EE. UU estima el coste sanitario anual en MD entre 70 y 126 mil millones de dólares (Fuente: Albert, 2004).
- Scherz, H. & Oliver, W. (2013) consideran que la MD, entendida como “cura” del sistema, es peor que la enfermedad, y estima su coste en 162 mil millones de dólares.

Antoci et al (2019) comparan los datos de EE. UU., Italia y Austria:

- En EE. UU., el sector de la gestión del riesgo calculó que la responsabilidad médica, -incluida la MD-, representa un coste superior a 55 mil millones de dólares anuales; es decir, entre el 2,4% y el 10% del gasto total sanitario.
- En Italia, la MD consume el 10,5% del gasto total, superando los 10.000 millones de euros.
- En Austria, el sistema público de salud consume cerca de 42,8 millones de euros anuales solo en Radiología, Ortopedia y Cirugía traumatológica; lo que equivale al 1,62% del gasto sanitario.

La judicialización de la salud centra la atención en Brasil, donde un estudio en el servicio farmacéutico de Oncología analiza los efectos (regulatorios, técnicos, logísticos y clínicos) tras las demandas recibidas por administración de antineoplásicos entre los años 2009 y 2018, siendo los anticuerpos monoclonales los más demandados, lo que elevó el gasto total a más de 3.000.000 (R\$) millones de reales (Vieira et al, 2022).

2.3. El ahorro potencial

Ezequiel Emanuel (2012) analizó los componentes de la MD en EE. UU. y obtuvo resultados desalentadores al constatar la irrelevancia del porcentaje de ahorro por componente respecto a la totalidad del gasto: 1) los beneficios de las compañías de seguros, pese a aumentar, solo representa un 0,5% del coste (11,7 mil millones de dólares); 2) las medidas desproporcionadas (traqueotomías y gastrostomías) en pacientes denominados “*the million dollar baby*” representan un gasto del 0,5%; 3) las reformas del sistema de negligencia, que contemplan límites para la indemnización de daños no económicos (*tops on damages*), representa el 0,5% (alrededor de 11 mil millones de dólares), todo ello a partir de los datos del *Congress Budget Office* (CBO, 2006). El argumento de Rubin & Mendelson (1994) se ve reforzado, quienes al cuantificar la MD consideran que el gasto directo constituye una fracción ínfima del gasto sanitario (primas de seguro y compensación por daños), y dificulta conocer el ahorro potencial tras la reforma del sistema de negligencia, a lo que se adhiere Bishop (2010), tomando la cifra de 60 mil millones en MD de Kessler et al (2006).

El interés por la reforma del sistema de responsabilidad médica en EE. UU. obedece al potencial ahorro y frenar el aumento del gasto sanitario (en detalle Cruz-Valiño, 2020). Un estudio realizado por la Universidad de Harvard y la de Melbourne (Mello et al. 2010) analiza el coste global del sistema de negligencia médica en EE. UU. que incluye la MD, que cifra en 55,6 mil millones de dólares anuales (año 2008), y constituye el 2,4% del

gasto sanitario total. Aúnan el coste en Atención Hospitalaria (38,8 mil millones de dólares) y el coste en Medicina General (6,8 mil millones de dólares), para los entornos de alta y baja responsabilidad que difieren en cómo influye sobre el gasto el temor a una demanda. Adolece de algunas limitaciones como utilizar datos de otro estudio hospitalario sobre dos condiciones cardíacas en pacientes de *Medicare*, no siendo extrapolable a otras disciplinas o población (Kessler & Mclellan, 1996). En concreto, examinó el efecto de las reformas de daños que reducen las indemnizaciones, tales como límites a los daños sobre el gasto no económico entre 1984 a 1990, que redujo el gasto hospitalario en un 5,3 % para infarto de miocardio y 9% para enfermedad isquémica de corazón, cuyo gasto disminuyó en el año 1994 un 3,8 % para la primera condición y 7,1% para la segunda.

Mello et al. (2010) cuestionan las cifras del informe de la CBO que estima el coste por negligencia menor al 2% del gasto sanitario, una vez excluida la MD. El gasto nacional en salud para el año 2008 se estimó en 2.3 billones de dólares, de los cuales 718,4 mil millones corresponde al gasto hospitalario (centros *Medicare* y *Medicaid*, 2010)¹. Estos autores utilizan un valor del 5,4% para los efectos de la MD sobre el gasto hospitalario, un supuesto conservador que responde a la previsión más baja. Esto sugiere que el gasto puede reducirse entre 38 y 800 millones de dólares mediante reformas directas del sistema de responsabilidad civil. La sinergia entre la reforma de salud y la reforma de responsabilidad legal por negligencia es factible ante aspectos como ampliar la cobertura de seguro de salud, al reducir las demandas cuando su motivación es afrontar los gastos médicos que ocasionan las lesiones médicas.

Las consultoras evaluaron el impacto de la MD sobre el gasto sanitario (Mello et al, 2010):

- *Jackson Healthcare* (2010), atribuye el 26% del gasto sanitario total en EE. UU. a la MD, que cuantifica en unos 80 mil millones de dólares; es decir, uno de cada cuatro dólares de inversión. Los profesionales más defensivos pertenecen al Servicio de Urgencias, Ginecología y Obstetricia y especialidades de alto riesgo (tasa de práctica defensiva entre el 79% y el 93%).
- El Instituto *Gallup* (2010) atribuye el 26% del total de gasto sanitario a la práctica de la MD (años 2009-2010), a la que atribuye el 35% de uso de pruebas diagnósticas defensivas; en concreto, pruebas de laboratorio (29%), prescripciones (14%), hospitalizaciones (19%), e intervenciones quirúrgicas (8%). El gasto anual sanitario atribuido a la MD oscila entre 650- 850 mil millones de dólares. Tras esta cifra, el sistema sanitario de veteranos (*Patients for Fair Compensation*) estima el coste en 650.000 millones de dólares en EE. UU.
- *PriceWaterhouse-Coopers* (PwC, 2008) considera que la MD es una de las tres causas principales del gasto injustificado en sanidad según un informe, cuya cifra alcanza los 210 mil millones de dólares en EE. UU; es decir, un gasto diez veces superior al que generan los errores médicos, cuyo coste se cuantifica en 17.000 millones de dólares al año (IOM, 2000).

¹“National health spending for 2008 was estimated to have been \$2.3 trillion, of which \$718.4 billion was hospital spending”.

3. Reflexión ética

Una vez analizada una parte del coste directo e indirecto del sobreuso surgen algunos interrogantes relacionados con la asignación de los recursos sanitarios que invitan a profundizar en su estudio, lo que haremos a través de un *continuum*: 1. Concepto de futilidad, 2. transitar de la efectividad clínica a la eficiencia social; y 3. los límites a la intervención: medios y fines (en detalle Cruz-Valiño, 2020).

3.1. Concepto de futilidad y términos relacionados

La premisa de partida es que un acto médico fútil no es una prestación obligatoria. La futilidad diagnóstica o terapéutica define la ausencia de beneficio para el paciente, pese al efecto fisiológico, y constituye solo “un intento de aumentar el poder del médico sobre el paciente y revocar o ganar avances en la autonomía del paciente” (Schneiderman, 1996, p. 669). En este sentido, el término *innecesario*, tan utilizado en las definiciones de MD, puede ser refinado y traer a colación términos más abarcales. Así, un uso inadecuado de tecnología resulta (Jennet 1984; Ardagh, 2000): 1) innecesario, cuando no se justifica por la condición del paciente, 2) infructuoso (*unsuccessful*), cuando la condición del paciente está demasiado avanzada, 3) cruel (*unkind*), porque prolonga o mantiene una calidad de vida inaceptable, 4) imprudente (*unwise*), porque desvía recursos de otros servicios médicos que aportan beneficios a otros pacientes, e 5) indeseado (*unwanted*), porque contraviene los deseos del paciente. En otros términos, abusar de algunas terapias puede considerarse un procedimiento inapropiado (Sanz, 2002), cuando resulta:

- 1) innecesario, porque con otros medios se obtiene el objetivo;
- 2) inútil, porque el paciente no responde al tratamiento dado el estado avanzado;
- 3) inseguro, porque las complicaciones sobrepasan el potencial beneficio;
- 4) inclemente, porque la intervención ofrece una la escasa calidad de vida; e
- 5) insensato, porque dilapida los recursos para otras actuaciones beneficiosas

Acudir entonces a la clasificación de los medios terapéuticos en torno a la adecuación del acto médico y al respeto de los principios bioéticos clásicos (Beauchamp & Childress, 2019) permitirá distinguir entre:

1. Medio ordinario vs. extraordinario (principio de autonomía). Esta clasificación viene determinada por los valores que expresa el paciente o los representantes.
2. Medio indicado vs. no indicado o contraindicado (principio de no maleficencia). Una técnica o un procedimiento es indicado cuando resulta eficaz y seguro en condiciones de laboratorio porque ha demostrado su temple como producto clínico, que no antes. De *facto*, el producto experimental resulta contraindicado cuando no ha probado su seguridad en la clínica y puede causar más perjuicio que beneficio. De esta forma, una técnica que no es eficaz se dice que no es indicada o es contraindicada.
3. Proporcionado vs. desproporcionado (principio de justicia). Una medida terapéutica proporcionada aumenta la esperanza de vida, pero cuando es ineficiente o su coste excede del beneficio que produce deviene desproporcionada.

4. Medio útil vs. fútil (principio de beneficencia). Una técnica indicada para una patología dada resulta no ser efectiva en condiciones reales, lo que deviene en medio fútil para un paciente concreto.

3.2. Utilidad terapéutica vs obstinación terapéutica

El sobreuso de un servicio inadecuado para un paciente concreto tiene, -como corolario lógico-, la subutilización de este cuando está indicado para otro paciente, o la utilización de otra terapia para el primero, por ejemplo, el uso de soporte vital frente a los cuidados paliativos (Marco, 2005). No en vano, el abuso de la tecnología en “la idea de que todos los procedimientos farmacológicos y técnicos deben utilizarse como una tabla de salvamento con independencia del dudoso beneficio o el resultado final” obvia la asistencia paliativa cuando resulta más apropiada y beneficiosa (Marañón-Cabello, 2008). Esta idea de utilidad desemboca en la *obstinación terapéutica* impulsada por la obligación de preservar la vida y la salud sin considerar la voluntad del enfermo o la familia cuando hace uso de medidas indicadas, pero que resultan desproporcionadas en pacientes irrecuperables, arrinconando así otros tratamientos efectivos. Mantener procedimientos prolongados o invasivos resulta inapropiado [desproporcionado] cuando ignora el coste que produce tanto al paciente, al proveedor, como a la sociedad. Exige ponderar la prestación de servicios con el principio de justicia, como, por ejemplo, administrar antibióticos a pacientes en coma irreversible para tratar una infección o maniobras de resucitación cardiopulmonar en pacientes terminales (Marco, 2005). El médico que actúa así no sólo es excelente como profesional, sino eficiente (Marañón-Cabello, 2008). Frente a la exacerbación de medios fútiles y lesivos se invoca la limitación y la prudencia terapéutica frente al imperativo tecnológico, como ilustra el título de la publicación “Doctor no haga todo lo posible” (Requena Meana, 2017).

Transitar de la efectividad clínica a la eficiencia social eligiendo la alternativa clínica efectiva de menor coste sin privar a otro paciente de un tratamiento efectivo.

4. Propuestas de control de gasto: límites a la intervención y los fines de la medicina

4.1. Transitar de la efectividad clínica a la eficiencia social

Ante la pregunta ¿quién inicia la demanda de servicios?, contestaremos que el personal facultativo al procurar la mejor asistencia para el paciente, por lo tanto, constituye un decisor clave del sistema en materia prescriptora, en otras palabras: la mejor decisión médica tiene un sentido clínico y también un sentido sanitario al maximizar el nivel de salud de la población para una disponibilidad de recursos. En el momento en que internaliza el interés por la eficiencia no solo no perjudica al paciente, sino que sopesa los beneficios probables. Lo anterior es tanto como transitar de la efectividad clínica a la eficiencia social eligiendo la alternativa clínica efectiva de menor coste sin privar a otro paciente de un tratamiento efectivo. Las oportunidades que genera son esclarecedoras: 1) el acceso al diagnóstico y una terapia para todos, 2) el aumento de beneficios en salud para la población, y 3) que otros sectores no sanitarios (sociales, prevención) puedan beneficiarse (Ortún-Rubio y Rodríguez Artalejo, 1990; Ortún-Rubio, 1997).

Mientras el personal facultativo recibe escasa formación para gestionar los recursos finitos como competencia de la profesionalidad médica, pese a que su influencia en los

costes ronda el 60%, impulsado “programas de integridad” (Agrawal et al, 2013), una parte muestra su desacuerdo con las propuestas de control del gasto, pues considera que no incumbe a su rol profesional, sino que esta función debe de gravitar sobre los gestores, lo que no mejora el gasto total de forma significativa (Emanuel, 2012). Sin embargo, incorporar el criterio económico a la toma decisiones clínicas en el escenario descrito produce un salto cualitativo y transita de la efectividad clínica a la eficiencia social; es decir, que un clínico responsable se visualice como un gestor sanitario y un gestor se sitúe en el lugar del clínico responsable permite que eficiencia y excelencia profesional coexistan. Y es que, tanto la gestión sanitaria como la práctica clínica devienen actividades complementarias cuando la eficiencia asume el principio ético de universalización e incorpora el criterio de justicia al ideal de la excelencia profesional (Gracia, 1997; Gracia 2004:177). Confianza y profesionalidad afianzan el compromiso responsable y sostenible impulsando la formación técnico-ética sobre tres pilares: 1) internalizar el interés por la justicia; 2) promover empresas éticas; e 3) incorporar la eficiencia a la prestación de servicios (Conill, 1998).

4.2. Límites a la intervención: medios y fines

La futilidad diagnóstica o terapéutica define la ausencia de beneficio para el paciente, pese al efecto fisiológico. ¿Qué queremos decir con esto? Pues que no todo lo técnicamente posible es éticamente correcto, lo que exige poner límites racionales y humanos a la lucha por la vida, porque ir más allá de esto vulnera la dignidad del ser humano. En consecuencia, intentarlo todo es una práctica indeseada, porque no es digno ni prudente agredir al enfermo cuando las posibilidades de vida son casi nulas, en otras palabras: “no es lo mismo ayudar a vivir a quien vive que impedir morir a quien muere” (Gracia, 1998). La obstinación terapéutica fuerza la obligación de preservar la vida y la salud hasta el extremo con medidas indicadas, aunque desproporcionadas en pacientes irrecuperables, u obvia sus preferencias cuando no administra otra terapia efectiva y mantiene procedimientos prolongados o invasivos, lo que resulta maleficiente. En estos casos, y de vuelta al inicio, la sobreactuación médica abre una brecha entre demanda y tecnología disponible que el sistema es incapaz de asumir (Sanz, 2002). El documento los “fines de la Medicina” considera que existe un límite para aquello que es asumible en términos económicos y políticos, y que pueda soportar un mercado competitivo sin generar sufrimiento o desigualdad (Hastings Center, 1996).

5. Análisis de la legislación de responsabilidad legal médica

5.1. Análisis económico del Derecho

El análisis económico del Derecho aplica métodos propios de la economía en el razonamiento jurídico y proporciona claves para entender cómo el sistema legal de negligencia, al igual que otro sector objeto de regulación, obedece a la búsqueda de la eficiencia de las normas para una sociedad determinada. En otras palabras, propone evaluar las consecuencias reales de una norma existente o predecir los efectos de un proyecto diseñando estructuras legales eficientes para obtener el propósito deseado, pese a la reticencia de la doctrina jurídica de aceptar denominaciones propias de la Economía. Este enfoque asegura que el sistema de responsabilidad legal, basado en la culpa civil, produce efectos nocivos en la práctica clínica. El concepto de *externalidad* resulta clave, lo que, aplicado a la MD, con fundamento en la teoría de Ronald Coase,

conviene en que: “Los daños sufridos por los pacientes y resultantes de la conducta del médico -daño iatrogénico- son externalidades negativas, internalizadas por reglas de su atribución a los proveedores sanitarios, quienes reaccionan a través de un conjunto de conductas diseñadas para evitar su responsabilidad –la llamada “medicina defensiva”– lo que, a su vez, genera altos costos para el sistema de salud en general, así como para sus principales actores: pacientes, aseguradoras y los propios médicos” (Pinto Monteiro, 2021).

En cierta medida, refuerza los argumentos para perpetuar la existencia de la MD como excusa moral, política y social, al: 1. Impulsar la reforma del sistema de negligencia; 2. Dificultar el sistema sanitario de acceso universal; 3. Justificar el gasto sanitario en tecnología y farmacia; 4. Combatir la incertidumbre profesional; 5. Justificar la política de seguros de negligencia médica. Se traslada la idea de estar ante un problema macroeconómico, por lo que conviene no olvidar que la Medicina constituye un sector estratégico que está expuesto a las tensiones internacionales y las tensiones del mercado. A título ilustrativo, se observa cómo las compañías de seguros justifican la política de tarifas con énfasis en los costes por negligencia médica y amplían las coberturas de aseguramiento o gestión del riesgo, incluso a otros profesionales, mientras que la industria -farmacéutica y biotecnológica- minimiza el problema de la MD. La literatura científica utiliza información que extrae de las entrevistas estructuradas con respuestas adaptadas, cuyos hallazgos sirven a la finalidad de consolidar un interés o impulsar una determinada agenda política, y da cuenta de los argumentos que justifican este abuso tolerado (Cruz-Valiño, 2022).

5.2. Efectos del sistema de responsabilidad médica

La clave de bóveda de la MD consiste en prescribir un gran número de pruebas, que no las pruebas específicas, ante la respuesta insuficiente del Derecho, que incluso exacerba la posibilidad de éxito de las reclamaciones. Lo anterior requiere un esfuerzo conjunto; una evaluación de los riesgos objetiva y asumir una concepción razonable del nivel del riesgo profesional: la sociedad debe de aceptar un grado de incertidumbre inherente a la medicina, y la Abogacía asumir su obligación de respetar, entre otros, el principio de intervención mínima del Derecho penal (Cruz-Valiño, 2020).

La denominada “sociedad del riesgo” afecta a la medicina y actualiza la problemática de

Mejorar los determinantes sociales de la salud requiere fortalecer los sistemas sanitarios para recuperarse del daño sufrido por sobrecarga asistencial (de emergencia) y afrontar el retraso en las actuaciones rutinarias.

la responsabilidad profesional, en especial cuando se invoca una “ley criminal oculta de peligro”; una dinámica que el ordenamiento jurídico solo puede enfrentar tras un cambio social profundo en aras de una interpretación flexible de la causalidad y la culpa como respuesta a una patología social

que, a decir de Fiori y Marchetti (2009), puede aliviarse reduciendo los incidentes (terapia etiológica); y la reparación económica del daño iatrogénico (terapia sintomática). Sugieren reconsiderar la responsabilidad médica y buscar alternativas en el orden civil y administrativo que proteja a las víctimas, considerando un sistema de reparación solidario del daño iatrogénico a consecuencia del error médico (responsabilidad objetiva).

5.3. Perspectiva económica de la responsabilidad médica inadecuada

Las normas de responsabilidad profesional obedecen a dos objetivos: servir de medio disuasorio para evitar los errores y actos negligentes de los agentes (minimizando el coste total) y servir de sistema de compensación a las víctimas que experimentan daños (Danzon, 2000). Al estudio del primer objetivo se dirige el análisis económico de la responsabilidad médica construyendo modelos para una provisión eficiente de servicios sanitarios o normas que incentivan la asignación óptima; en otras palabras, igualar el coste marginal de la inversión en prevención con el beneficio marginal, en términos de reducción del coste esperado por daños. Una revisión de literatura examina algunos conceptos como 1) incertidumbre y aversión al riesgo o riesgo moral, 2) modelos con argumentación de profesionales o problemas de negociación (información asimétrica), en el entorno sanitario, y 3) el mercado de seguros de responsabilidad sanitaria (Carles, 2003). Considera que la variable reputación, o la posibilidad de ejercer MD influye en la provisión asistencial. Sugiere utilizar los modelos de la economía de la información en el análisis económico formal (características del mercado sanitario) y plantear hipótesis alternativas adaptando el modelo a cada sistema sanitario. No en vano, la causa primaria de la MD es la percepción del riesgo que experimenta el profesional médico ante una posible reclamación judicial del paciente; una presión añadida al riesgo inherente que conlleva el ejercicio profesional y conduce a la sobreutilización de servicios médicos innecesarios, o evitación de servicios con valor clínico (Cruz-Valiño, 2020).

El análisis económico de la responsabilidad médica estudia la evolución de la reclamación por mala praxis médica a través de la relación médico-paciente y los elementos que condicionan la viabilidad de una demanda por negligencia sanitaria. Reconduce a tres los sistemas de responsabilidad médica: en el primero, la víctima es responsable en cualquier caso; en el segundo (*strict liability*), el proveedor es responsable en todas las circunstancias, y en el tercero (*negligence rules*), el proveedor es responsable si no actúa con la diligencia adecuada. Si bien no existe una definición homogénea de actitud diligente (*standard of care*) entre ordenamientos jurídicos, la diferencia resulta más acusada entre el sistema anglosajón y el derecho europeo continental (Carles, 2003). El esfuerzo del profesional es analizado en sede judicial y, a su vez, la naturaleza dinámica de la MD se ve afectada por los fallos judiciales. En todo caso, la reclamación judicial *per se* preocupa más que la condena por la lentitud procesal que constituye una tortura cruel, y convierte al profesional en perdedor/a, incluso tras un fallo judicial que justifica la actuación clínica. De ese temor emerge la MD, que intensifica la sobreutilización en el intento de disuadir a juzgador y peritos con medios de diagnóstico y tratamiento, o lo que Angelo Fiori denomina *Obbedienza Giurisprudenziale*, por la tiranía procesal de la prueba (Cruz-Valiño, 2020).

6. Seguridad del paciente

Tras una pandemia mundial donde el personal sanitario ha afrontado la incertidumbre con escasos recursos y evidencias científicas se invoca la cultura justa para relatar errores e incidentes dentro de un contexto organizacional. El Comité de Bioética de España afirma que la sociedad ha contraído una deuda tras este esfuerzo y “constituye un imperativo moral no solo en beneficio de los pacientes, sino de aquellos profesionales que también son víctimas de los eventos adversos” (CBE, 2021). El apoyo a los

profesionales, segundas víctimas del error, requiere conciliar la confidencialidad con el derecho a conocer del paciente y su familia (primera víctima). Se hace eco del fundamento utilitarista que impulsa los informes del Instituto de Medicina Americana (IOM), y enfatiza la dimensión iusfundamental de la relación clínica, como fuente de obligaciones y derechos para las partes. La nueva narrativa causal del error médico, tras el informe del Instituto Americano de Medicina, facilita la revelación del error considerado como una oportunidad para el aprendizaje, y subraya las ventajas morales de los sistemas de notificación de sucesos adversos. No obstante, la falta de seguridad jurídica conlleva la infranotificación y hace que devenga ineficaz; y emergen prácticas defensivas como omitir la notificación de un incidente.

La "reconstrucción" de sistemas de salud resilientes ofrece una oportunidad para la planificación a largo plazo que garantice la respuesta de emergencia y el acceso a una atención de calidad.

6.1. La cultura de la culpa

La "cultura de la culpa", encaminada a determinar responsabilidades individuales identificando culpables en caso de accidente para sancionarlos, promueve las conductas defensivas del personal médico con efectos nocivos en la organización de salud: inhibe el aprendizaje; socava la calidad asistencial y aumenta el gasto. Sin embargo, la organización de "cultura justa" diferencia entre actos aceptables e inaceptables, y evita el error conceptual que confunde un "sistema libre de culpa" con la ausencia de responsabilidad personal. Una parte de los errores de diagnóstico en Atención Primaria es debida a fallos en la interacción clínica, lo que sugiere mejorar habilidades básicas, como elaborar una historia clínica cuidadosa, realizar un buen examen físico y la comunicación efectiva y compasiva con el paciente, lo que ha sido arrinconado por los medios técnicos de diagnóstico (Cruz-Valiño, 2020; 2021). La cultura de la culpa dificulta la rendición de cuentas transparente, y requiere cambios de tipo cultural y legal en los sistemas de seguridad del paciente que incentive la notificación de incidentes y eventos adversos, y asuma el error (Mira Solves, et al. 2017), así como que la iatrogenia sea visibilizada como problemática sanitaria declarándola una prioridad de investigación (González López-Valcárcel, 2017).

6.2. La iatrogenia como problema de salud pública

La MD es miedo a la iatrogenia, y se excusa tras este para preservar la seguridad del enfermo, o como explica Broggi (2017, p. 46), hunde sus raíces "en el terreno de la parte de ignorancia no aceptada, en la incertidumbre mal tolerada, en la debilidad, la vulnerabilidad". Se edifica sobre el "más vale hacer de más que de menos, por si acaso" desviándose de la práctica prudente como respuesta inadecuada de enfrentarse al error, que incrementa el riesgo de iatrogenia (González López-Valcárcel, 2017, p. 369). Y como problema de salud pública, la iatrogenia requiere un abordaje global por parte de los sectores sociales, como el operador jurídico, asumiendo que las actuaciones sanitarias producen beneficios e inconvenientes, considerando estrategias de seguridad del paciente que enfrenten el sobreuso y la trivialización de la medicina (Segura, 2014). Algunas acciones, como la mala gestión de la información tras un suceso adverso generan conflictos, cuando saber cómo tuvo lugar resulta crucial para la curación emocional de la víctima (en detalle Cruz-Valiño, 2020). La lista adaptada de verificación de cirugía durante la pandemia por covid-19, con pautas de prevención y control de la infección, facilitó la adhesión de los profesionales sanitarios con formación de equipos

y medidas de protección avanzando con evidencia actualizada. Al tiempo, evitar la propagación de bacterias resistentes a los antibióticos deviene un beneficio colateral de la preparación de pandemias para su óptimo diseño y financiación (Giménez & Mora, 2021). Mejorar los determinantes sociales de la salud requiere fortalecer los sistemas sanitarios para recuperarse del daño sufrido por sobrecarga asistencial (de emergencia) y afrontar el retraso en las actuaciones rutinarias derivado de la limitación de actuaciones por restricción de movimiento y de recursos, lo que puede derivar en demandas por atención inadecuada (Rosenthal & Waitzberg, 2023). La “reconstrucción” de sistemas de salud resilientes como catalizador para la planificación a largo plazo garantiza la respuesta de emergencia y el acceso a una atención de calidad, subsanando deficiencias en formación de personal, infraestructura y servicios asistenciales (Giménez & Mora, 2021).

Conclusiones

Impulsar el concepto “una sola salud” requiere de sistemas de salud resilientes que prioricen acciones, lo que conlleva racionalizar el coste sanitario, eliminando el gasto superfluo en interés genuino de la persona usuaria.

Equidad y eficiencia se complementan en la asignación de los recursos sanitarios a fin de no incrementar el gasto de forma ilimitada, haciendo el sistema sostenible sin generar inequidad o discriminaciones inaceptables, y de esta forma decidir qué es el bien público, en términos de servicios sanitarios, lo que constituye una cuestión de valor.

La mejor decisión médica tiene un sentido clínico y un sentido sanitario: transitar de la efectividad clínica a la eficiencia social elige la alternativa clínica efectiva de menor coste sin privar a otro paciente de un tratamiento efectivo.

El sobreuso produce un daño incalculable para la sociedad, como el coste de oportunidad. En este sentido, la MD vulnera el criterio ético de eficiencia y transparencia en la toma de decisiones y la asignación de recursos, pues su clave de bóveda es hacer de más, por si acaso, incrementando el riesgo de iatrogenia. Al tiempo, intervenir en exceso o el sobreuso de recursos genera daño por omisión cuando priva de atención a pacientes o dolencias. La prevención y la promoción de la salud evitan medicalizar y mercantilizar la enfermedad, impulsando la mirada clínica en la contención de recursos.

El apoyo a los profesionales, segundas víctimas del error, requiere conciliar la confidencialidad con el derecho a conocer del paciente y su familia (primera víctima). La resiliencia de la organización sanitaria permite que esta recupere su capacidad asistencial con ocasión de un daño.

Poner límites racionales y humanos a la lucha por la vida evita vulnerar la dignidad del ser humano cuando lo técnicamente posible no es éticamente correcto.

Por último, abordar los determinantes sociales de la salud exige fortalecer los sistemas sanitarios para recuperarse del daño sufrido (sobrecarga asistencial) y afrontar el retraso de actuaciones rutinarias. La “reconstrucción” de sistemas de salud resilientes ofrece la oportunidad de planificar a largo plazo, garantizando la respuesta de emergencia y el acceso a una atención de calidad.

Bibliografía

- Agrawal, S., Taitsman, J. & Cassel, C. (2013). Educating physicians about responsible management of finite resources. *JAMA*, 309(11), 1115-1116.
- American Medical Association (AMA) (1985). *Special task force on professional liability and insurance. Report I. Professional Liability in the 80's*. Chicago: American Medical Association.
- 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>
- Anderson, R.E. (1999). Billions for defense: The pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med*, 159(20), 2399-2402.
- Ardagh, M. (2000). Futility has no utility in resuscitation medicine. *Journal of Medical Ethics*, 26, 396-399.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2019). *Principles of biomedical ethics*. (8th ed). New York, Oxford: University Press.
- Berlin, L. (2017). Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*; 4(3), 133-139.
- Bishop, T. F., Federman, A. D. & Keyhani, S. (2010). Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Archives of internal medicine*; 170(12), 1081-1083.
- Bishop, T. F. & Pesko, M. (2015). Does defensive medicine protect doctors against malpractice claims?. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 351.
- Brody, H. (2012). From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *New England Journal of Medicine*; 366,21.
- 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.
- Carles, M. (2003), Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona-ES, v. 17, p. 494-503.
- 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.
- Congress Budget Office (CBO). U.S. Congress (2006). *The Congressional Budget Office Medical Malpractice Tort Limits a Health Care Spending*.
- 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, pp. 101-133.

- Costa-Alcaraz, A. M., Calvo-Rigual, F. y Siurana-Aparisi, J. C. (2013). La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria. *Revista Española de Salud Pública*; 87, pp. 137-147.
- Cruz-Valiño, A. B. (2020). Medicina defensiva: aspectos sociales, éticos y jurídicos [Tesis Doctoral], Universidade da Coruña.
- Cruz-Valiño, A. B. (2020 b). La medicina defensiva como problema global. *EIDON. Revista española de bioética*, (54), pp. 66-86. <https://www.revistaeidon.es/index.php/revistaeidon/article/view/133>
- Cruz Valiño, A. B. (2021). *Medicina defensiva: aproximación conceptual*. Vol. 57. Granada: Comares: ISBN 9788413692432.
- Cruz-Valiño, A. B. (2022). Defensive medicine fifty years later. Back to the beggingig? *Medicine & Law*. Vol. 41(1), pp. 135-148.
- Chandra, A., Nundy, S. & Seabury, S. A. (2005). The growth of physician medical malpractice payments: evidence from the National Practitioner Data Bank. *Health Affairs*, 24, W5.
- Comité de Bioética de España (2021). Informe sobre los aspectos éticos de la seguridad del paciente y, específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos.
- Danzon, P. M. (2000). Liability for medical malpractice. *Handbook of health economics*, 1, 1339-1404.
- De Ville, K. (1998). Act first and look up the law afterward?: medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*; 19(6), 569-589.
- Emanuel, E. J. (2012). Where are the health care cost savings? *JAMA*; 307(1), 39-40.
- Fiori, A. & Marchetti, D. (2009). *Medicina Legale de la responsabilità medica*. Milano: Giuffrè.
- Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2015). *La expropiación de la salud*. Barcelona: Los Libros del Lince.
- Friedman, D., Friedman, H. H. & Friedman, L. W. (2016). US healthcare: a system in need of a cure. *American Journal of Medical Research*; 3(1), 125.
- Giménez, A. G., & Mora, M. G. (2021). Cirugía segura y COVID-19: una revisión narrativa. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(3), 160-167.
- Glasziou, P., Moynihan, R., Richards, T. & Godlee, F. (2013). Too much medicine; too little care. *British Medical Journal* (Online), 347.
- González López-Valcárcel, B. y Campillo-Artero, C. (2017). La prevención y el control de la iatrogenia requieren varios frentes y alianzas: SESPAS llama a la colaboración. *Gaceta sanitaria*; 31(5), 368-370.
- Gracia Guillén, D. (1997). Ética y gestión sanitaria. En Jiménez Jiménez (ed.), *Manual de gestión para jefes de servicio clínico*.
- Gracia Guillén, D. (2004). Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. 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.
- Hernández Gamboa, L. (2018). Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *Revista Conamed*; 6(3), 25-29.
- Jackson Healthcare (2010). A costly defense: physicians sound off on the high price of defensive medicine in the US.
- Institute of Medicine, IOM (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.) (2000). Washington, DC: National Academy Press.
- Jennett, B. (1984). Inappropriate use of intensive care. *British Medical Journal* (Clinical research ed.); 289(6460), 1709.
- Jena, A. B., Schoemaker, L., Bhattacharya, J. & Seabury, S. A. (2015). Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study. *British Medical Journal*; 351: h5516.
- 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>
- Kapp, M. B. (2015). Getting Physicians and Patients to Choose Wisely: Does the Law Help or Hurt? *U. Tol. L. Rev.*; 46, 529-681.
- Kapp, M. B. (2016). No wonder policymarkers are confused. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*; 28(2016), 213–219 <https://doi.org/10.3233/JRS-170733>
- Kessler, D. P. & McClellan, M. B. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics*; 111(2), 353-390.
- 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.
- Knaus, W. A., Schroeder, S. A. & Davis, D. O. (1977). Impact of new technology: the CT scanner. *Medical care*, 533-542
- Korestein D., Falk, R., Howell, EA, Bishop, T. & Keyhani, S. (2012). Overuse of health care services in the United States: an understudied problem.
- Lewin-VHI, Inc. (1993). Estimating the Costs of Defensive Medicine, report prepared for MMI Companies, Inc., Fairfax, VA, Jan. 27.
- Marco, C. A. (2005). Ethical issues of resuscitation: An American perspective [Electronic version]. *Postgraduate Medical Journal*; 81, 608-612
- Marañón-Cabello, A. (2008). Enseñar a ser médico. *Educación Médica*; 11,7-9.
- Mariotti, P. & Caminiti, R. (2011). La medicina difensiva. Questioni giuridiche, assicurative, medico-legali (Vol. 1). Milano: Maggioli.
- Martínez-González C., Galán, I. R., Jacob, M. S. & de Dios, J. G. (2014). Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *Anales de Pediatría*; 81(6), 396.e1-396.e8.

- 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.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A. & Studdert, D. M. (2010). National costs of the medical liability system. *Health affairs*; 29(9), 1569-1577.
- Merestein, D. (2004). A piece of my mind: winners and losers. *JAMA*; 291(1), 15-16.
- Office of Technology Assessment. Congress, U. S. (OTA) (1994). *Defensive Medicine and Medical Malpractice*. Washington DC: US Government Printing Office; Pub. No.: OTAH-602.
- OMS (2009). *Más que palabras. Marco conceptual de la Clasificación internacional para la Seguridad del Paciente*, Informe técnico, Ginebra.
- OMS (2023a). *Plan de Acción Conjunto «Una sola salud» en todo el mundo*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059139>
- OMS (2023b). *Carta de Montreal sobre la Seguridad del Paciente*. 5ª Cumbre Ministerial Mundial «Menos daños, mejor atención – de la resolución a la aplicación». <https://www.who.int/es/news/item/28-02-2023-the-montreux-charter-on-patient-safety-galvanizes-action-to-address-avoidable-harm-in-health-care>
- Ordi, J., Castillo, P., Garcia-Basteiro, A. L., Moraleda, C., Fernandes, F., Quintó, L., ... & Menéndez, C. (2019). Clinico-pathological discrepancies in the diagnosis of causes of death in adults in Mozambique: a retrospective observational study. *PLoS One*, 14(9), e0220657.
- Ortún-Rubio, V. (1997). ¿Qué debería saber un clínico de economía?. *Dimensión Humana*; 1(4), 17-23.
- Ortún-Rubio, V. y Rodríguez Artalejo (1990). De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Medicina clínica*, 95, 385-388.
- Osorio, D., Ribera, A., Solans-Domènech, M., Arroyo-Moliner, L., Ballesteros, M., & Romea-Lecumberri, S. (2021). Healthcare professionals' opinions, barriers and facilitators towards low-value clinical practices in the hospital setting. *Gaceta Sanitaria*, 34, 459-467.
- Osti, M., & Steyrer, J. (2017). A perspective on the health care expenditures for defensive medicine. *The European Journal of Health Economics*, 18(4), 399-404.
- 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.
- Pinto Monteiro, J. (2021). “Os custos do desconhecido: a medicina defensiva como resposta à internalização de uma externalidade”. In *Responsabilidade civil em saúde: diálogo com o Prof. Doutor Jorge Sinde Monteiro* (pp. 275-290). Faculdade de Direito Coimbra.

- PriceWaterhouse-Coopers, L. L. P. (2008). The price of excess: Identifying waste in healthcare spending. Health Research Institute.
- Requena Meana, P. (2017). *¡Doctor no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica*. Granada: Comares.
- Rosenthal, A., & Waitzberg, R. (2023). The challenges brought by the COVID-19 pandemic to health systems exposed pre-existing gaps. *Health policy OPEN*, 4, 100088. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2022.100088>
- Rothstein M. A. (2010). Currents in contemporary bioethics: Health care reform and medical malpractice claims. *J Law Med Ethics*; 38(4), 871-874.
- Rubin R.J. & Mendelson, D.N. (1994). How much does defensive medicine cost? *J Am Health Policy*; 4(4), 7-15.
- Sanz O J. (2002). ¿Qué es bueno para el enfermo? *Medicina clínica*; 119(1), 18-22.
- Segura, A. (2014). [Editorial]. Prevención, iatrogenia y salud pública. *Gaceta Sanitaria*; 28(3), 181-182.
- Scherz, H. & Oliver, W. (2013). Defensive medicine: a cure worse than the disease. *Forbes Magazine*.
- Schneiderman L.J., Jecker N.S. & Jonsen A.R. (1996). Medical futility: response to critiques. *Annals of Internal Medicine*; 125,669-74.
- Sethi, M. K., Obremskey, W. T., Natividad, H., Mir, H. R. & Jahangir, A. A. (2012). Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. *Sports medicine*; 42(1), 35-5.
- Smith, R. (1999). [Editorial]. The NHS: possibilities for the endgame: Think more about reducing expectations. *BMJ. British Medical Journal*; 318,209-210.
- Smith, C. (2011). Between the Scylla and charybdis: physicians and the clash of liability standards and cost cutting goals within accountable care organizations. *Annals Health L.*; 20, 165-203.
- Sloan, F. A. & Shadle, J. H. (2009). Is there empirical evidence for "defensive medicine"? A reassessment. *Journal of health economics*; 28(2), 481-491
- Spaeth, G. L. (1983). Physicians are Responsible for the Practice of "Defensive Medicine". *Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina*; 14(12), 1009-1010.
- Solves, J. J. M., Casabona, C. R., Mora, A. U., Varela, Y. A., Peña, P. A., Martínez, S. L. & Andrés, J. M. A. (2017). La seguridad jurídica de los profesionales sanitarios. Un requisito para lograr una mayor calidad asistencial. *DS: Derecho y salud*, 27(2), 94-110.
- Vieira, F. F. M., Vidal, T. J., da Silva, M. J. S., Chauvet, L. E., & Moraes, E. L. (2022). Efeitos da judicialização de medicamentos antineoplásicos nos serviços farmacêuticos em oncologia. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 11(1), 163-182.
- Wagner, L. (1990). Defensive medicine: is legal protection the only motive? *Modern healthcare*; 20(36), 41-42.

Weinberger C.W. (1975). Malpractice -A medical view. *Arizona Medicine*; 32:117-118.

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

Tabla 1. Resumen de Estudios de los costes de la medicina defensiva. Fuente: Cruz-Valiño, A. B. (2020).

Informe Weinberger (1973)	Servicio Urgencias	EE. UU.	7 mil millones \$ (gasto anual)
Reynolds (1987)	Servicios innecesarios (costes indirectos)	EE. UU.	12 y 13 mil millones \$ (gasto anual)
Rubin & Mendelson 1987	Gasto anual MD	EE. UU.	12 mil millones € (5-7% gasto total sanitario)
Rubin & Mendelson 1987	Gasto anual MD	EE. UU.	12 mil millones € (5-7% gasto total sanitario)
Lewin-VHI Inc. (1993)	Gasto anual MD	EE. UU.	5-14,9 mil millones €
OTA (1992)	Cesárea Pruebas lesión craneal	EE. UU.	8,7 mil millones \$ 44,7 mil millones\$ (gasto anual)
West (1994)	Gasto anual (datos informes Weinberger para 1975)	EE. UU.	3-6 mil millones \$ (gasto MD año 1975)
Anderson (1999)	Pruebas “defensivas” (8%) (OTA, 1994)	EE. UU.	decenas de mil millones \$ (gasto anual)
Oficina federal del Gobierno (Albert, 2004)	Gasto anual MD	EE. UU.	70-126 mil millones\$ (gasto anual)
Merenstein (2005)	Gasto anual MD (1997-2005)	EE. UU.	47-194 mil millones \$
McGwin (2008)	Riesgo de negligencia en Traumatología	Alemania	120 millones € (coste anual negligencia)
PriceWaterhouse-Cooper (2006)	gasto injustificado (la MD es una de las 3 causas)	EE. UU.	210 mil millones \$
Mello et al (2010)	38.8 mil millones Atención hospitalaria 6.8 mil millones Medicina General	EE. UU.	55,6 mil millones \$ (2,4% gasto anual) 80% gasto total responsabilidad
Instituto Gallup (2009-2010)	porcentaje coste MD sobre coste total sanitario	EE. UU.	26 % 80 mil millones\$ gasto sanitario
Jackson Healthcare (2009-2010)	porcentaje coste MD sobre coste total sanitario	EE. UU.	26% 80 mil millones\$ gasto sanitario

Sethi et al (2012)	Ortopedia defensiva	EE. UU	2 mil millones \$
Scherz & Oliver (2013)	Gasto anual MD	EE. UU.	162 mil millones\$
Bundesministerium (2014)	Atención Hospitalaria 13.2 mil millones € (2013)	Austria	42,8 millones €
Bishop & Pesko (2015)	Práctica MD mayoría médicos	EE. UU.	60 mil millones \$
Panella et al (2016)	93% practica MD Atención hospitalaria Reino Unido (78%) Israel e Italia (60%)	EE. UU.	50 -100 mil millones\$ (gasto anual) 10,5% gasto anual (10 millones €)
Osti & Steyrer (2017)	Ortopedia (11.5 millones) Cirugía trauma (23,5 mill) Radiología (7,4 millones)	Austria	(42,4 millones € gasto anual 3 especialidades)
Antoci et al (2019)	gasto total MD	EE. UU	55 mil millones\$ (2,4%-10% gasto total)
	gasto total MD	Italia	10 millones € (10,5% del gasto total)
	Radiología Cirugía Trauma Ortopedia	Austria	42,8 millones€ (1,62% gasto general)