



Al menos un 25% del presupuesto sanitario mundial se desperdicia en prácticas de escaso valor

ALMUDENA FERNÁNDEZ

Redactora de Gaceta Médica.

Aunque todavía no hay prácticamente datos que midan el sobrediagnóstico en España, estudios recientes calculan que entre el 25 y el 33 por ciento del gasto sanitario mundial se dedica a prácticas innecesarias.

Además, los efectos adversos asociados a la práctica médica —aunque son inherentes a la misma y el riesgo cero no existe— son todavía bastante elevados y se calcula que entre el 50 y el 60 por ciento de los que se producen en nuestro país serían evitables y la mayoría de ellos están relacionados con la medicación, por lo que las administraciones deberán seguir trabajando para reducirlos al mínimo.

KEY WORDS: Sobrediagnóstico, iatrogenia, errores médicos, medicina defensiva, pruebas médicas, intervenciones.

El sobrediagnóstico se define como el diagnóstico de una enfermedad que no ocasionará síntomas a lo largo de la vida de la persona diagnosticada ni le acortará la misma. Es el resultado de diagnosticar correctamente una enfermedad en la que el tratamiento y seguimiento no le aportará beneficio pero sí que puede ocasionar daños y costes, tal y como asegura Cari Almazán, de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Señala como ejemplos conocidos algunos cribados de cáncer, los “incidentalomas” o la creación de enfermedades debido a la medicalización de determinadas etapas de la vida o la modificación o reducción de dinteles diagnósticos, “de modo que personas sanas pasen a ser clasificadas como enfermas”.

Entre el 25 y el 33 por ciento del presupuesto sanitario mundial se destina a prácticas de escaso valor, según recogen varios estudios publicados en ‘The Lancet’ sobre el *Right Care* —que se enmarca dentro de un movimiento internacional llamado *Right Care Alliance*—. Jordi Varela, experto del *Executive Master* en Dirección de Organizaciones Sanitarias de ESADE, matiza que el estudio del derroche debido a prácticas clínicas de escaso valor e iatrogenia se ha llevado a cabo fundamentalmente en Estados Unidos, pero las investigaciones que se van desarrollando en Europa confirman las mismas cifras. Estas prácticas, debido a la “exageración de la medicina”, a actuaciones que no aportan valor o que añaden poco, e incluso aquellas en las que una vez evaluadas se descubre que el daño que ocasionan supera los beneficios, son las que estarían entre el 25 y el 33 por ciento del gasto sanitario.

Autor para correspondencia:

Almudena Fernández García
almu85j@gmail.com



A pesar de que cada vez hay más información acerca de situaciones de sobrediagnóstico, Almazán explica que actualmente no se dispone de datos sobre su prevalencia ni su impacto económico en España. Un ejemplo con cifras internacionales, es el que se produce en el cribado del cáncer de próstata que llegó a ser del 50 por ciento en un estudio europeo y entre el 17 y el 30 por ciento en otro americano. La consecuencia del mismo es el sobretratamiento (cirugía con diferentes tipos de intervención o radioterapia) y los efectos adversos asociados. En cáncer de próstata, las complicaciones de la cirugía son la infección, el sangrado que puede requerir una transfusión, la disfunción eréctil (que afecta a entre el 40 y el 80 por ciento de los pacientes) y la incontinencia urinaria (que se presenta en entre el cinco y el 25 por ciento de las ocasiones). Las complicaciones de la radioterapia, como la toxicidad sobre órganos próximos o la cistitis y la proctitis, aparecen en entre un cinco y un diez por ciento de los pacientes. En un estudio danés reciente sobre el cribado de cáncer de mama mediante mamografía, se estima que la tasa de sobrediagnóstico fue del 48,3 por ciento².

Un artículo publicado en enero de 2017 en 'Medicina Clínica'³ recoge otros ejemplos de sobrediagnóstico, entre los que cita la prevalencia del cáncer de mama que en las mujeres es del uno por ciento, "pero este cáncer dispone de un reservorio biológico de carcinoma ductal in situ del nueve por ciento, al que se le debería añadir otro diez por ciento correspondiente a las hiperplasias atípicas", aclaran sus autores⁴. El artículo continúa explicando que de todo ello se deduce que, si se busca con tenacidad, en 20 de cada 100 mujeres se encontrarían lesiones

cancerosas de mama, mientras que la mortalidad femenina por esta patología es solo del 3,8 por ciento en los países del entorno de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. En línea con esto, en un estudio realizado con una base poblacional de 16 millones de mujeres mayores de 40 años en 547 condados norteamericanos, y después de un seguimiento de diez años, se ha observado que los territorios más activos con los programas preventivos consiguen aumentar la incidencia de los tumores menores de dos centímetros (el reservorio), pero no reducen la mortalidad.

Precisamente sobre la mamografía, el presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Miguel Martín, aseguró con motivo del Día Mundial de Lucha Contra el Cáncer que, aunque el incremento de supervivencia "es pequeño", crea la percepción en la mujer de que hay un problema al que hay que prestar atención y, además, la detección precoz de los tumores permite evitar "muchas terapias agresivas" como quimioterapia, radioterapia e incluso no perder la mama. Sin embargo, sí reconoció que se descubren también tumores "muy precoces" que se tratan y algunos de ellos podrían no "dar la cara" nunca, "lo que se conoce como sobrediagnóstico".

El mismo artículo de 'Medicina Clínica' expone que la incidencia de cáncer de tiroides se ha doblado o triplicado en los últimos 20 años en los países desarrollados, "fundamentalmente debido a la introducción de nuevas técnicas diagnósticas como la ecografía". Se trata de un cáncer que suele afectar a gente joven y que también tiene un importante reservorio biológico en su variante papilar, una modalidad



La SEOM reconoce que el incremento de supervivencia con la mamografía es pequeño pero evita terapias agresivas

relativamente poco agresiva. Como ejemplo de los "efectos devastadores de la prevención exagerada", se comenta lo que ocurre en Corea del Sur, un país que ha generado un experimento natural, ya que debido a las políticas activas del Gobierno y de las aseguradoras en la prevención del cáncer de tiroides, su incidencia se ha multiplicado por 15, sin haber conseguido ninguna reducción de la mortalidad específica. Sin embargo, estas políticas sí están teniendo efectos indeseados, ya que en el año 2011 se realizaron en el país 30.000 tiroidectomías a jóvenes que deberán recibir tratamiento hormonal sustitutivo toda su vida, de los cuales unos 3.000 presentarán hipoparatiroidismo y unos 600 han quedado sin habla por la afectación de los nervios recurrentes en las maniobras quirúrgicas.

Por otro lado, Blanca Lumbreras,

profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández, incide en otros factores que provoca el sobrediagnóstico entre los pacientes, además de la sobredetección de patologías, como los cambios en la definición de la enfermedad —por ejemplo, en el caso de la diabetes, se han bajado los límites y se considera a las personas enfermas antes— y los cambios en la medicación —cada vez se medica más a los pacientes con TDH, por ejemplo—.

La portavoz de AQUAS agrega que la Estrategia de Seguridad de los Pacientes promovida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en relación con el sobrediagnóstico, sobretratamiento, iatrogenia y efectos adversos en el plano nacional, es el compromiso por la calidad de las sociedades científicas que proponen recomendaciones sobre prácticas clínicas de 'no hacer'. En Cataluña, menciona el



'Proyecto Esencial. Añadiendo valor a la práctica clínica', puesto en marcha a partir de 2013 y que promueve tanto la elaboración de recomendaciones para evitar prácticas clínicas inapropiadas como la implementación de las recomendaciones en colaboración con equipos de atención primaria mediante una experiencia piloto⁵. "Las dos iniciativas tienen por objetivo promover la mejora de la calidad de la atención sanitaria, evitando estas prácticas clínicas inapropiadas", subraya.

Por su parte, el secretario general de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan Manuel Garrote, asegura que a esta institución le preocupa "enormemente" el sobrediagnóstico, pues afecta a la salud física y psíquica de los ciudadanos y "genera un enorme gasto innecesario para el sistema de salud", que "impide que estos recursos se destinen debidamente a las verdaderas enfermedades o a los medios diagnósticos más necesarios".

Y es que para encuadrar mejor el problema, la OMC incide en que habría que disponer de una definición de sobrediagnóstico oficial, que no existe. Si se parte de que es el diagnóstico de una enfermedad que nunca causará síntomas, ni la muerte del paciente, asegura que "son innumerables" las situaciones en las que se produce, en muchas ocasiones por confundir factores de riesgo con enfermedades y en otras por concederle una categoría mayor de gravedad a una enfermedad.

Señala que, en la actualidad, factores de riesgo como el colesterol alto se magnifican dándole una categoría de enfermedad y hay pacientes sin otros factores de riesgo y con un colesterol entre 200 y 240 que son diagnosticados de hipercolesterolémicos y tratados con medicamentos

Se está utilizando la prevención como patente de corso para asustar sobre la posibilidad de tener una enfermedad



o pacientes con 90 años y colesterol de 250 que también son tratados y no solo no se aumenta su esperanza de vida, sino que se incrementa el riesgo de efectos secundarios.

Andreu Segura, vocal de Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas), añade que en ocasiones también "se toma la parte por el todo". Por ejemplo, al encontrar en una biopsia células cancerosas, que no siempre responden a un cáncer, pero se tratan como si lo fueran, con los consiguientes efectos secundarios asociados al tratamiento de esta patología.

De hecho, agrega que los "chequeos periódicos" que se promueven desde muchas instituciones, en ocasiones "tienen más perjuicios que ventajas", pues es "muy difícil" interpretar adecuadamente una información si no se sabe lo que se está buscando.

Por otro lado, Garrote afirma que se está utilizando la prevención "como patente de corso para advertir o asustar sobre las posibilidades de padecer una enfermedad y en innumerables ocasiones no están demostrados sus beneficios".

Para frenar los efectos negativos para la salud de las personas asociados al auge de las tecnologías diagnósticas, el Informe Sespas 2008⁶ asegura que es necesario el desarrollo de diversas estrategias desde distintos ámbitos de actuación. Entre otras acciones, citan la gestión clínicosanitaria, las políticas sanitarias y el desarrollo de la investigación en diagnóstico. En opinión de sus autores, las propuestas no deben considerarse independientes unas de otras, sino que tendrían que potenciarse de manera conjunta y la Administración sanitaria debe ser el motor central que las impulse todas.

IATROGENIA

En España, uno de cada diez pacientes que recibe el alta hospitalaria sufre algún efecto adverso y, a nivel extrahospitalario, se producen 18 efectos negativos por cada 1.000 visitas. De estos, se calcula que entre el 50 y el 60 por ciento serían evitables, llegando hasta el 70 por ciento en algún estudio, tal y como detalla el vocal de Sespas, aunque añade que España va todavía "un poco a ciegas" en este campo en relación a Estados Unidos, por ejemplo, donde un

estudio reciente publicado en el *British Medical Journal*⁷ ha estimado que los errores médicos son la tercera causa de muerte, detrás de los problemas cardiovasculares y el cáncer, pero por encima de los accidentes de tráfico.

En España, Varela, el experto de ESADE, señala que no hay muchas cifras, pero un estudio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2006 (8) señala que los efectos adversos moderados o graves se han calculado en 7,3 personas que sufren uno por cada 1.000 días de estancia de hospital. El 37 por ciento de los mismos son debidos a la medicación, el 25 por ciento a infecciones y otro 25 a problemas técnicos ligados al proceso diagnóstico.

Sobre el mismo punto, Garrote agrega que, por ejemplo, a pesar del uso de la receta electrónica, no se ha podido evitar el descontrol de los medicamentos que se prescriben desde el primer nivel asistencial.

Según los datos aportados por la experta de AQUAS, la incidencia media de efectos adversos asociados a la hospitalización es de 9,3 por ciento, de estos el 43,5 por ciento podrían haberse prevenido. En aten-

A pesar del uso de la receta electrónica, continúa el descontrol de los medicamentos prescritos





ción primaria la prevalencia observada de consecuencias negativas es del 11,2 por ciento de las consultas. La mayoría de los mismos (64,3 por ciento) se consideraron prevenibles y la mayor parte de ellos están relacionados con la medicación.

En este sentido, Segura, portavoz de Sespas, recuerda que la iatrogenia, aunque se desprende de las actuaciones sanitarias, en muchas ocasiones no depende de una negligencia médica, sino que es inevitable, pues obedece a la actuación sanitaria en sí. “Los efectos adversos son la cara y la cruz de la misma moneda”, por lo que es importante realizar solo los actos médicos imprescindibles, aunque hay una creencia equivocada en este sentido.

El secretario general de la OMC incide en que hace ya más de 25 años que se está trabajando para intentar aminorar los efectos indeseables. A su juicio, es un tema “muy poliédrico”, pues la mejor forma de conocer los errores es declararlos, pero si esto conlleva un castigo será difícil que se haga público voluntariamente y, por ende, que se aprenda de ellos.

El experto de Sespas explica también que, tanto médicos como pacientes, tienden a pensar “que la medicina lo arregla todo”, algo que no es así aunque haya avanzado mucho. Por ejemplo, el consumo de ansiolíticos no soluciona el problema de fondo. Además, se tiende a ser muy intervencionista y no se tiene paciencia en casos como los de la fiebre “para ver qué pasa”, se trata como si fuese una enfermedad cuando no lo es, “es un signo de que algo va mal, y puede ser una reacción defensiva que a lo mejor resuelve el problema por sí misma”, asegura. En lo que se refiere al dolor, es positivo cuando responde a algo

concreto, pues es una respuesta que está asociada a la mejor supervivencia de la especie, sin embargo, cuando se trata de dolores crónicos, que no van a ayudar en nada al paciente, muchas veces los médicos son “demasiado prudentes” y aquí sí podría evitarse el sufrimiento con una medicina intervencionista.

Las iniciativas que se llevan a cabo en el ámbito de seguridad del paciente tienen el objetivo de “reducir al máximo” los efectos adversos, tales como el lavado de manos como práctica habitual o la prevención de infecciones por catéteres.

Precisamente, la OMC y Sespas suscribieron un acuerdo para trabajar en esta línea e “impulsar las buenas prácticas en el ejercicio de la medicina”, subraya Garrote.

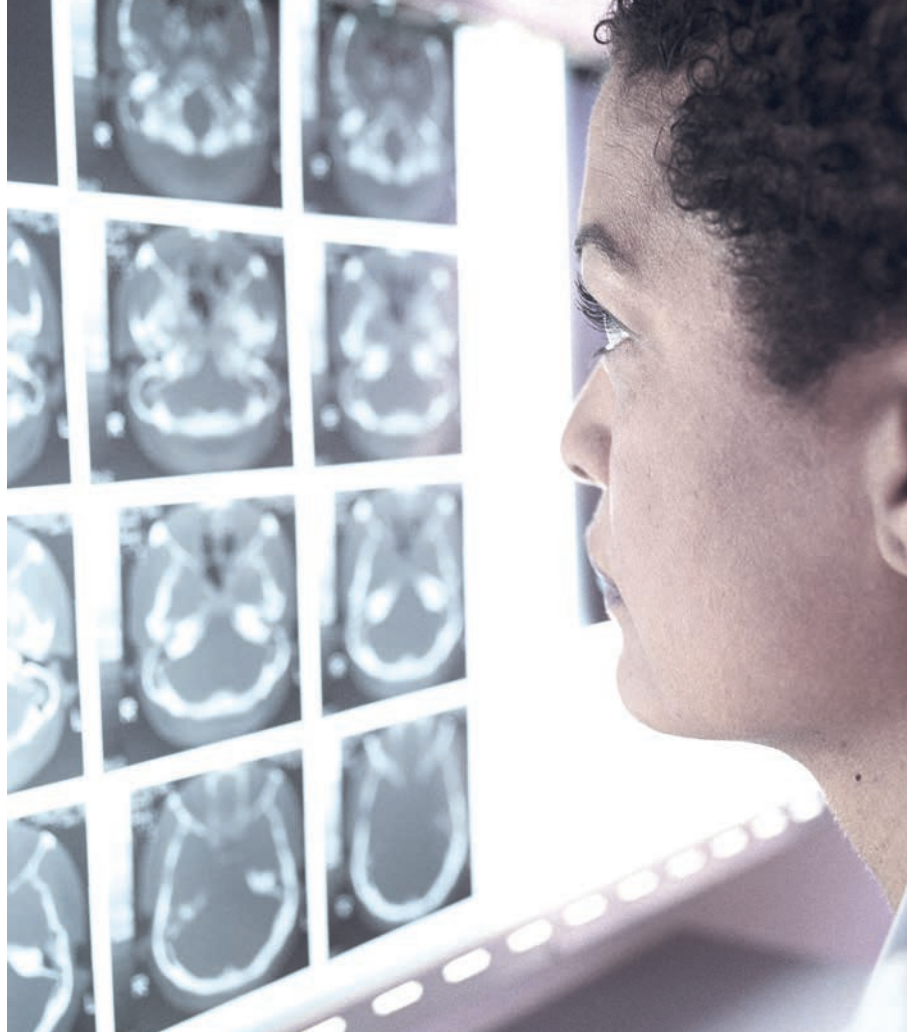
Además, el 15 por ciento de los profesionales sanitarios están al menos una vez al año involucrados en un evento adverso y, como consecuencia de esto, muchos de ellos pueden ver incluso afectada su salud. Esto es lo que se conoce como segundas víctimas, tal y como pone de manifiesto Jesús Aranz, jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universi-

tario Ramón y Cajal, durante la Jornada Técnica sobre Iatrogenia, organizada por la OMC y Sespas.

Tal y como comentó, una encuesta realizada en Estados Unidos reveló que, tras un suceso de este tipo, estos sanitarios sufren un sinnúmero de consecuencias entre las que destacan en un 61 por ciento, miedo a que este hecho se repita y en un 43 por ciento, insomnio.

El paciente afectado, por su parte, en un 98 por ciento de los casos lo que demanda fundamentalmente es que se reconozca el error.

Carlos Aibar, profesor de la Universidad de Zaragoza, por su parte, afirma que a la hora de abordar el problema de la iatrogenia es fundamental medir el daño. De hecho, detalla que una de cada diez personas que ingresan en el hospital



padece algún daño que consta en la historia clínica, frente a uno de cada 100 en AP, pero hay que tener en cuenta que la frecuentación es muy superior. En concreto, en el año 2009 aproximadamente medio millón de pacientes padecieron un efecto adverso en el hospital y 300.000 en primaria.

Sin embargo, el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, señala que hablar sobre este tema “no está de moda” porque no le interesa a prácticamente nadie, pues “es incómodo incluso cuando se actúa con buena voluntad”.

En cuanto a los problemas de daño, mientras que unos casos son claros, otras veces no lo son, pero si se realiza el cálculo de beneficios menos riesgos, el valor de la acción sería nulo, pero sí se ha producido

un gasto de recursos económicos, y de esto último “se llenan las consultas”. Además, una de las barreras a las que se enfrenta la lucha contra la iatrogenia es el hecho de que tanto médicos como pacientes “sobrestiman los beneficios de los tratamientos y subestiman sus riesgos”.

Se calcula que el coste incremental total de los efectos adversos relacionados con la hospitalización es de 88.268.906 euros, un 6,7 por ciento adicional del total del gasto sanitario, apunta Almazán. Estos datos se obtuvieron de un estudio realizado a partir de la Red Española de Costes Hospitalarios y el Conjunto Mínimo Básico de Datos⁹.

En cuanto a los costes de la no seguridad en pacientes en atención primaria, en un estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud y las estimaciones de las tasa de errores, se calculó en un total de 9.000.000 euros¹⁰.

Con relación a los costes indirectos que hacen referencia al valor de la pérdida de productividad y a todo lo que pierde la sociedad como consecuencia de la enfermedad, el tratamiento o la muerte prematura del paciente, actualmente no hay estimaciones disponibles en España.

PROCESOS PENALES

Si analizamos estos datos a escala regional, solo entre 2002 y 2010 en Castilla-La Mancha se produjeron 202 reclamaciones penales a médicos y solo tres de ellas terminaron en condena, tal y como detalla David Larios, vicepresidente de la Asociación de Juristas de la Salud, quien incide en que no se ha incrementado el número de estos procesos en los últimos años. En cuanto a las reclamaciones en general, fueron 1.475, es decir, cinco por cada millón de actos sanitarios. Por ello, en su opinión, la medicina defensiva no está justificada en España.

Rodríguez Sendín agregó que muchos facultativos temen, no solo a ser condenados, sino también por no saber lo que les va a suceder, la llamada “pena de banquillo” que, además, puede perjudicar también a su labor profesional. En este sentido, subraya la necesidad de que exista un baremo de daños sanitarios que evite que las penas por mala praxis —en los casos en los que no sea de manera intencionada— varíen en función del juez, tal y como anunció la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat, en su primera comparecencia en el Congreso de los Diputados. Sin embargo, aunque ha habido siete intentos para conseguirlo en los últimos 20 años, no ha sido posible. Asimismo, el presidente de la OMC explica que los facultativos tienen miedo y, en ocasiones, rechazan estos baremos porque entran en juego “su vida y su prestigio” y no creen que “se lo deban jugar por un error”.

En la misma línea, Yolanda Agra, jefa del Área de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, detalla que algunos programas de





salud pública han obtenido muy buenos resultados, tales como el de 'Bacteriemias 0' y el de 'Neumonía 0' en las unidades de cuidados intensivos, que consiguieron reducir en un 56 y 53 por ciento respectivamente estos eventos.

Otro problema asociado a la iatrogenia es la medicina defensiva que, aunque es más frecuente en los países en los que la medicina privada puede llegar a tener que pagar indemnizaciones millonarias, sucede también en España. Esto se debe a que, "por desgracia" —comenta Segura—, los jueces están más dispuestos a castigar las omisiones que las intervenciones, "a pesar de que cuando sean indicadas lo único que puedan hacer es daño". Por ello, con el objetivo de evitar una reclamación o un posible litigio, tanto algunos facultativos como ciertos centros sanitarios tienden a llevar a cabo más intervenciones sanitarias de las que son necesarias, a pesar de que puedan llevar a más efectos adversos. De hecho, recuerda que ninguna actuación es inocua y está exenta de riesgo.

Almazán detalla que hasta ahora no se ha realizado una investigación específica para el cálculo del coste económico de la medicina defensiva en España, no obstante hay un estudio realizado en el año 2013 que estimaba que la medicina defensiva supuso para el Servicio Gallego de Salud entre 60 a 300 millones de euros anuales. En una encuesta de ámbito nacional realizada por la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses a 3.000 profesionales, el 65 por ciento de ellos reconocieron la realización de alguna práctica de medicina defensiva.

A día de hoy, son solo pequeñas pinceladas que permiten realizar una aproximación a la magnitud de

Los jueces en España están más dispuestos a castigar las omisiones que las intervenciones, y eso fomenta la medicina defensiva

un problema que exige en primer lugar una toma de conciencia por parte de todos los agentes implicados, profesionales sanitarios, gestores, Administración y pacientes, y medidas eficaces para combatirlo.



Referencias

- 1 Avoiding overuse—the next quality frontier Donald M Berwick The Lancet. Published: January 8, 2017
- 2 Jørgensen KJ, Gøtzsche PC, Kalager M, Zahl PH. Breast Cancer Screening in Denmark: A Cohort Study of Tumor Size and Overdiagnosis. Ann Intern Med. 2017.DOI: 10.7326/M16-0270
- 3 Sobrediagnóstico: realidades y perspectivas. Jordi Varela. Enero de 2017. Revista Medicina clínica
- 4 Datos de la ponencia 'The prevalence of incidental breast cancer and neoplastic precursors: A systematic review of autopsy studies', presentada por Elisabeth Thomas en la Preventing Overdiagnosis Conference el 20 de septiembre de 2016 en Barcelona
- 5 www.essentialsalut.gencat.cat
- 6 El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. Informe SESPAS 2008 Capítulo 4. Blanca Lumbreras / Ildefonso Hernández Aguado
- 7 Martin Makary y Michael Daniel, de la Johns Hopkins University School of Medicine (Baltimore), British Medical Journal BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)
- 8 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Febrero de 2006
- 9 Natalia Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez P, Sarsanedas E, Cots F. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac Sanit 2014; 28.
- 10 Antoñanzas F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública. 2013;87: 283-292



ENTREVISTA A Juan Gillard

Socio del Despacho Sánchez de León y Asociados y director del Área de Derecho Administrativo y Derecho Sanitario.



“Hasta el 90% de los médicos han realizado medicina defensiva”

Pregunta. ¿Hay cifras del uso de la medicina defensiva en España? ¿Está cuantificado o tiene una idea del coste que esto supone para el país?

R. El porcentaje de facultativos que admiten haber realizado en España medicina defensiva oscila entre el 70 y el 90 por ciento según las fuentes que se estudien. Dicho esto, resulta imposible de cuantificarla económicamente en la medida en que es muy azaroso situar la frontera entre la prueba necesaria y la defensiva, que dependerá del paciente, de la dolencia, etcétera.

P. En este campo, ¿cómo está España en relación con otros países europeos o con Estados Unidos?

R. Lo cierto es que en las últimas décadas, y por mor de la doctrina que ha ido destilando nuestro Tribunal Supremo, España se ha incorporado a una tendencia de origen esencialmente anglosajón favorecedora de la litigiosidad médica. A la inversión de la carga de la prueba en casos de daño desproporcionado, se ha unido la doctrina de la oportunidad diagnóstica, el exhaustivo deber de información al paciente, etcétera. Tampoco podemos ignorar como en ocasiones, nuestros tribunales han establecido exigencias o relaciones causales contrarias a la medicina basada en la evidencia. Esta realidad pone de mani-

A pesar de que no hay datos muy precisos, la medicina defensiva (práctica asistencial en la que el profesional realiza actividades asistenciales superiores a las necesarias con el objetivo de no ser demandado judicialmente por el paciente) es una realidad en España y, la mayoría de los médicos admite haberla llevado a cabo en alguna ocasión.

fiesto la extraordinaria responsabilidad de los juzgadores que, a menudo, están saturados y carecen de la especialización necesaria.

Por otro lado, las diversas 'guías' vigentes del Sistema Nacional de Salud ofrecen una referencia que, si bien no tiene fuerza normativa, ofrecen unas pautas muy tenidas en cuenta por jueces y abogados.

P. ¿Cómo influiría en la medicina defensiva el hecho de que hubiese una legislación clara que recogiese las indemnizaciones asociadas a daños médicos?

R. En principio son cuestiones que se mueven en planos distintos, pero siempre cabría aventurar que un sistema indemnizatorio sencillo, predecible y con cuantías menores pudiera derivar en una limitación de la medicina defensiva. Pero no deja de ser pura especulación.

P. ¿Cómo ha ido cambiando el uso de la medicina defensiva en las últimas décadas? ¿Cree que ha aumentado o que ha disminuido?

R. Ha aumentado de forma radical y se sitúa esencialmente en el momento inicial del diagnóstico. Así, en tanto que cada vez se consolida con más fuerza en nuestro Tribunal Supremo la doctrina de la 'oportunidad diagnóstica', se genera la multiplicación exhaustiva de pruebas, alguna de interés dudoso, que preceden toda intervención. Estas pruebas en ocasiones pueden ser especialmente traumáticas o invasivas en detrimento del bienestar del paciente.

Incluso puede derivar en la remisión indebida de atención primaria a especializada de pacientes de riesgo (diabéticos, cardiopatas, etcétera).

P. Aproximadamente, ¿cuántos litigios hay anualmente asociados a actos médicos? Y, ¿cómo suelen resolverse? ¿Cuántos son favorables al paciente y qué indemnizaciones reciben más frecuentemente?

R. Existen pocas referencias fiables y actualizadas. Según un estudio de 2012 realizado por

Uniteco, las reclamaciones de responsabilidad civil profesional al colectivo de médicos se habían duplicado en los últimos cuatro años en España.

Este estudio confirmaba que, mientras que en el 2007 se abrieron un total de 352 siniestros, en el 2011 se alcanzó la cifra de 660 siniestros. Además, el informe corroboró que el 33 por ciento de los mismos se judicializan y, de estos, el 25 por ciento se condenaron.

Otras estadísticas extraídas del informe ratifican que, mientras que en 2007 hubo tan solo ocho siniestros con reclamaciones superiores a 1.000.0000 euros, en el año 2011, se incrementaron a 20 siniestros. De todas las especialidades médicas, la más demandada en porcentaje de reclamaciones es neurocirugía, donde uno de cada cuatro médicos recibe una reclamación al año, principalmente por operaciones de columna. Odontología, obstetricia y traumatología son las siguientes en la lista.

La Asociación 'El Defensor del Paciente', en su Memoria 2016 dice haber recibido un total de 14.802 casos (372 más que en 2015).

P. Figuras como la del mediador, ¿qué papel pueden jugar aquí? ¿Tienen una idea aproximada del ahorro que supondría que se generalizase?

R. La mediación sanitaria es una alternativa prometedora pero de difícil pronóstico en términos cuantitativos, dada su juventud. Desde fechas muy recientes se están ofertando cursos de formación para formadores con una extraordinaria demanda. Nosotros mismos hemos participado en el diseño y ejecución del curso organizado por la OMC y nos hemos visto sorprendidos por la cantidad y nivel profesional del alumnado.

De nuevo resultaría aleatorio ofrecer cifras, en tanto que el éxito de su generalización dependerá tanto de la consecución de un verdadero cambio de mentalidad — en España tenemos una mayor querencia al pleito que fuera de nuestras fronteras— como de la fiabilidad que vaya apreciándose en su 'jurisprudencia'.