

ORIGINAL

Cuando los pacientes demandan pruebas y procedimientos innecesarios en Atención Primaria. ¿Qué hacemos?

Rodríguez Rodríguez M¹, Rodríguez White S², AmodeoArahal M³C³, Cabezas Cabezas M^aA⁴, Molero del Río MJ², Romani Faro N²

¹Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

²Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

³Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

⁴Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

CORRESPONDENCIA

M^a Cristina Amodeo Arahal
E-mail:mcristina.amodeo@gmail.com

Recibido el 31-08-2017; aceptado para publicación el 15-02-2018

Med fam Andal. 2018; 1: 21-33

PALABRAS CLAVE

Primary health care, Ethics, Diagnostic tests.

RESUMEN

Título: Cuando los pacientes demandan pruebas y procedimientos innecesarios en Atención Primaria. ¿Qué hacemos?

Objetivo: Conocer las opiniones de médicos de Atención Primaria sobre las demandas de pruebas diagnósticas no apropiadas y las respuestas que dan a estas.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Muestra: 557 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y en Pediatría de toda España.

Resultados: Un 92,5% considera que se trata de un problema bastante o muy importante. Un 47,3% considera que se enfrentan a estas demandas varias veces a la semana. Para un 33,3% los pacientes no desisten de pedir pruebas siguiendo los consejos de su médico casi nunca o menos de la mitad de las veces. Ante la insistencia, un 35,5% opta por pedir la prueba. Las razones más argumentadas para ceder son: no tener suficiente información para justificar la decisión (40,6%), no contar con suficiente tiempo para atender al paciente (32,1%) y la propia insistencia del paciente (30,8%). Para un 66 % estas situaciones son incómodas. Según los encuestados, contar con más tiempo y con folletos informativos podrían ser las medidas efectivas para hacer frente a este problema.

Conclusiones: Los médicos de atención primaria perciben que las demandas de pruebas inapropiadas son un problema importante y frecuente, que les hace sentirse incómodos. La mayoría intenta persuadir a los pacientes de lo innecesario de la prueba pero una importante proporción cede a la presión de los pacientes porque no se sienten suficientemente seguros o porque no tienen tiempo para convencer al paciente.

KEYWORDS

Primary health care, Ethics, Diagnostic tests.

ABSTRACT

Title: When patients demand unnecessary tests and procedures in Primary Health Care. What do we do?

Aim: To learn the views of primary care physicians regarding the demands for inappropriate diagnostic tests and what responses they provide.

Design: An observational, descriptive, cross-sectional study.

Sample: 557 specialists in Family and Community Medicine and Paediatrics throughout Spain.

Results: 92.5% consider it a quite important or very important issue. 47.3% consider they face these demands several times a week. 33.3% think patients do not stop demanding tests, following the advice of their doctor hardly ever or less than half of the time. In the event of patients insistence, 35.5% choose to book the test. The top reasons for doctors to give in are: not having enough information to justify the decision (40.6%), not having enough time to spend with patients (32.1%) and the patient's own insistence (30.8%). 66% find these situations uncomfortable. According to respondents, having more time and information leaflets could be effective measures to address this issue.

Conclusions: Primary care physicians perceive that demands for inappropriate tests are a major and frequent issue that make them feel uncomfortable. Most of them try to persuade patients that the test is unnecessary but a large proportion of doctors give way to patient pressure because they do not feel sufficiently confident or they do not have enough time to convince the patient.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del pasado siglo XX, la práctica médica ha venido experimentando un cambio vertiginoso en la relación médico paciente desde un planteamiento que se ha denominado paternalista, en el que prima la opinión médica en la toma de decisiones clínicas, a un enfoque que no sólo pretende basarse en la mejor evidencia científica posible sino que pretende incorporar el punto de vista del paciente en lo que se denomina el modelo de decisiones compartidas.

Se trata de la evolución de la práctica médica desde un paradigma en el que las decisiones clínicas se toman únicamente en base a la experiencia del médico a otro en el que ésta pretende ser sustituida por la evidencia científica evaluada con criterios objetivos y de este a otro en el que se propone tener en cuenta la vivencia del paciente y sus valores y preferencias. Las razones para este cambio son diversas. Por una parte, el mayor nivel cultural de los pacientes y la extensión del uso de internet pone al alcance de éstos una cantidad ingente de información médica, independientemente de su calidad y fiabilidad. Por otra parte, cada vez más personas enfermas son lo que se ha denominado "pacientes activos". Como lo definen Jovell et al,¹ "Es un paciente que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente. El concepto de paciente activo está vinculado al de apoderamiento o empowerment de los pacientes". Los pacientes activos tienden a establecer un "modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos". Además, tanto la bioética² como las leyes³ reconocen el derecho de los pacientes a que las decisiones clínicas tomen en cuenta sus puntos de vista y sus preferencias. La evaluación de la calidad asistencial también pone la satisfacción de las expectativas y necesidades del paciente en el centro del sistema de salud⁴.

Pero una mayor información no significa mejor conocimiento y más responsabilidad sobre la salud⁵. El paciente puede formular demandas al médico que le atiende que entren en contradicción con lo que la evidencia científica disponible

aconseja. Peticiones de tratamientos, de análisis o de pruebas complementarias no indicadas para la atención correcta del problema que le afecta. En el contexto del sistema sanitario público, donde el paciente no paga directamente los servicios que recibe, el problema que plantean estas demandas "inapropiadas" supone una forma de expresión de la ley del péndulo en la que se pasa de la posición paternalista en la que el médico le dice al paciente "usted debe hacerse esta prueba porque yo la indico" al extremo contrario, en el que el paciente le exige al médico "usted me hace esta prueba porque yo se la pido".

En el contexto de una amplia reflexión sobre cómo mejorar la práctica clínica y que actuaciones deben dejar de hacerse para mejorar la calidad asistencial, la seguridad de los pacientes y la eficiencia del sistema de salud, la American Board Internal Medicine (ABIM) ha realizado un estudio sobre la opinión de los médicos norteamericanos sobre las pruebas innecesarias en el sistema de salud, para saber si lo consideraban o no un problema grave y qué soluciones proponían⁶.

Con el propósito de conocer la opinión sobre estas demandas "inapropiadas" de los médicos de atención primaria en el Estado Español hemos realizado una encuesta a una muestra de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y en Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño observacional y transversal. Se realizó una encuesta con un cuestionario autoadministrado y anónimo, basado en el utilizado por los autores de la Encuesta Choosing-Wisely. A través de las diferentes sociedades científicas de Medicina Familiar y Comunitaria y de Pediatría de toda España se remitió a sus asociados una encuesta por correo electrónico. El periodo de encuesta ha sido desde el 5 de mayo de 2015 al 10 de junio del mismo año.

Del total de encuestas enviadas contestaron 557 sujetos, por lo que el tamaño muestral se consideró suficiente para un universo de 34900 médicos de ambas especialidades, con un error de muestreo del 0,042 para un intervalo de con-

fianza del 95%. La composición de la muestra fue de 451 (78,2%) especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y 126 pediatras (21,8%), lo que reproduce las proporciones de ambas especialidades en Atención Primaria en España⁷. Por tanto la muestra se consideró representativa del universo en estudio. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS. Se calcularon las medidas de posición y dispersión para cada una de las variables y se aplicó análisis multivariado mediante test ANOVA o no paramétricos (Chi cuadrado de Mantel-Haenszel o Kruskal-Wallis) a los análisis entre variables cualitativas y cuantitativas. Se comprobaron la normalidad de las distribuciones y la homogeneidad de varianzas utilizando los test de Kolmogorov y de Bartlett's. Para el análisis de significación estadística de las diferencias se estableció un valor de p menor o igual a 0,05.

RESULTADOS

Contestaron la encuesta un total de 577 médicos de todas las comunidades autónomas de España, de los cuales 451 (78%) son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y 126 (21,8%) pediatras. Una importante mayoría de participantes son mujeres (60,5%). La edad promedio es 45,4 años (DE 10,5). El tiempo medio de ejercicio profesional es de 17 años (DE 10,06) (Tabla 1). La mayoría de los participantes ejercen de forma exclusiva en centros de salud de titularidad pública (94,5%), siendo escasa la proporción de quienes trabajan en exclusiva en centros privados (1,9%) o en ambos tipos de centros (3,6%). Como promedio atienden 165 pacientes semanales (DE 60,5), aunque es muy significativa estadísticamente la diferencia entre especialidades, siendo la media en MFYC de 173 pacientes a la semana (DE 61,2) y 139 en pediatría (DE 50,1) (Tabla 1).

En conjunto, un 36,7% de los encuestados considera que el problema de la demanda inapropiada de pruebas o procedimientos por parte de los pacientes es un problema muy importante y un 92,5 de ellos lo considera un problema muy importante o bastante importante. La importancia que se le da al problema es significativamente mayor entre los especialistas en MFYC que entre los pediatras ($p=0,0063$), ya que entre éstos,

Tabla 1. Características de la muestra

Características de la muestra por especialidades	Participantes	Sexo (nº y % de mujeres)	Edad en años	Tiempo experiencia en años
MFYC	451 (78,2%)	257 (57,0%)	44,8 (DE 10,6)	16,4 (DE 10,1)
Pediatría	126 (21,8%)	92 (73,0%)	47,3 (DE 10)	19,05 (DE 9,6)
Ambos	577 (100%)	349 (60,5%)	45,4 (DE 10,5)	17,03 (DE 10,06)
Tipo de centro de trabajo según especialidad	Ambos	Centro de Salud Público	Centro o consulta privada	
MFYC	2,7%	95,6%	1,8%	
Pediatría	7,1%	90,5%	2,4%	
Ambos	3,6%	94,5%	1,9%	
Número de pacientes atendidos a la semana según especialidad	Menos de 50	Entre 51 y 100	Entre 101 y 150	Entre 151 y 200
MFYC	5,1%	5,5%	20,2%	35,7%
Pediatría	2,4%	15,9%	46,8%	23,0%
Ambos	4,5%	7,8%	26,0%	32,9%

la proporción de quienes piensan que es muy importante es menor que entre los médicos de familia, aunque la proporción de pediatras que piensa que es un problema bastante importante es mayor que entre los especialistas en MFYC. (Tabla 2).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la importancia atribuida al problema ni por sexo ($p = 0,8733$), ni por edad ($p=0,072$), ni por tiempo de ejercicio ($p = 0,42$).

Un 30,3% de los encuestados contesta que el problema se le presenta todos los días en la consulta y un 47,3% que se le presenta varias veces a la semana. De nuevo hay diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones de los especialistas en MFYC y los pediatras ($p=0,0000$). Estas diferencias consisten en que es mayor la proporción de pediatras que consideran que el problema se da un par de veces al mes o menos mientras que es mayor la proporción de médicos de familia que opinan que el problema varias veces a la semana o todos los días. (Tabla 2).

La edad y el sexo también diferencian las opiniones sobre la frecuencia del problema. Quienes lo perciben como más frecuente son hombres en mayor proporción que mujeres, de edad más joven y menor tiempo de ejercicio. De hecho, entre los hombres el porcentaje de los que consideran que el problema se da a diario es del 35,6% mientras que es del 26,9 entre las mujeres ($p=0,003$). La edad promedio de quienes consideran el problema diario es de 43,8 años (DE 10,1) y quienes piensan que se da menos de una vez por mes es de 49,8 años (DE 10,3) ($p=0,0008$). El tiempo medio de ejercicio como especialista es menor entre quienes consideran que estas demandas se producen a diario (15,4 años DE 9,4) que entre quienes piensan que se da menos de una vez al mes (21,5 años DE 9,6) ($p=0,0003$).

Preguntados los médicos sobre cuál suele ser la actitud de los pacientes si ellos les explican que la prueba que solicitan no está indicada en su caso, un 6,4% de ellos consideran que los pacientes rara vez desisten de su petición, un 26,9% piensa que desisten la mitad de las veces, un 50,4% opinan

Tabla 2. Resumen de las opiniones

Importancia del problema	No supone ningún problema	Es un problema de escasa importancia	Es un problema bastante importante	Es un problema muy importante	No sabe / no contesta
	0,5%	6,1%	55,8%	36,7%	0,9%
Frecuencia con la que los pacientes demandan pruebas o procedimientos que los médicos consideran innecesarios	Menos de una vez al mes	Un par de veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
	5,7%	9,4%	7,3%	47,3%	30,3%
Frecuencia con que los pacientes desisten de pedir pruebas siguiendo los consejos de su médico	Con poca frecuencia a/rara vez	La mitad de las veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre	No sabe / no contesta
	6,4%	26,9%	50,4%	15,8%	0,5%
Qué haría ante la insistencia de un paciente en pedir una prueba inapropiada	Pedirla o pedirla y advertirle	No estoy seguro	No pedirla	No sabe / no contesta	
	35,5%	25,6%	36,2%	2,6%	
Grado de incomodidad para hablar de las demandas inapropiadas con los pacientes	Muy cómodo	Algo cómodo	Incómodo	No sabe/ no contesta	
	32,6%	44,2%	21,8%	1,4%	
Frecuencia con la que los profesionales explican las razones para no pedir una prueba que consideran no indicada	Con poca frecuencia	La mitad de las veces	Con frecuencia	Casi siempre o siempre	
	2,3%	4,2%	25,5%	68,1%	
Frecuencia con la que los profesionales hablan de los costes de las pruebas que solicitan los pacientes y que consideran no indicadas	Casi nunca o nunca	Con poca frecuencia	La mitad de las veces	Con frecuencia	Casi siempre o siempre
	31,2%	36,2%	10,1%	18,7%	3,8%
Nivel de responsabilidad que piensan los profesionales que asumen cuando no acceden a la petición de una prueba	A. Poca / Nada	B. Alguna	C. Muchísima	D. No sabe / No contesta	
	5,4%	37,8%	52,9%	4,0%	

que desisten con frecuencia y un 15,8% opinan que los pacientes desisten siempre o casi siempre que se les aconseja que no se sometan a la prueba o procedimiento que pidieron.

Estas opiniones de diferencian de forma significativa según la especialidad, ya que entre los especialistas en MFYC la proporción que piensa que los pacientes les hacen caso siempre o casi

siempre es mucho menor que entre los pediatras y al contrario sucede entre quienes piensan que los pacientes desisten pocas veces o la mitad de las veces que se les aconseja no someterse a la prueba no indicada que piden (Tabla 2).

Los médicos más jóvenes ($p=0,000$) piensan con más frecuencia que los pacientes les hacen menos caso. Esta diferencia no se observa por sexos ($p=0,08$). Al preguntar a los médicos qué harían si un paciente insistiese en demandar una prueba o tratamiento a pesar de que el médico lo considere inadecuado, un 35,5% responde que la pediría, aunque le advirtiera de que no está indicada, otro 36,2% no la pediría y un 25,6% no está seguro de lo que haría. Estas opiniones difieren escasamente entre especialistas en MFYC y pediatras y, aunque es mayor la proporción de pediatras que afirman que no pedirían la prueba, esta diferencia carece de significación estadística (Tabla 2).

Un 32,6% de los consultados se siente muy cómodo cuando tiene que hablar con los pacientes para disuadirles de la realización de pruebas no indicadas, mientras un 21,8% se siente incómodo. El grado de incomodidad es mayor entre los especialistas en MFYC que entre los pediatras con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0446$). (Tabla 2). A este respecto, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre sexos, pero si en relación a la edad, sintiéndose más cómodos los profesionales mayores y con más años de ejercicio más incómodos los más jóvenes y con menos experiencia ($p=0,0001$).

Un 68% de los profesionales consultados contesta que siempre o casi siempre que un paciente le formula una petición no indicada le explica las razones por las que no necesita la prueba. Un 25,5% responde que da estas explicaciones con frecuencia y sólo un 2,3% contesta que no da explicaciones con poca frecuencia. Estas opiniones tienen una diferencia estadísticamente significativa entre pediatras y especialistas en MFYC ($p=0,0283$). Esta diferencia no se encuentra al analizar estas opiniones por edad, sexo ni tiempo de experiencia (Tabla 2).

Cuando los pacientes formulan demandas de pruebas no indicadas, un 3,8% de los encuestados afirman que comentan con ellos los costes de las pruebas siempre o casi siempre, mientras que un

31,2% lo hacen nunca o casi nunca, un 36,2% con poca frecuencia y un 10,1% la mitad de las veces. Estas opiniones no difieren significativamente entre las diferentes especialidades, ni entre sexos, pero sí se diferencian en que los profesionales que no hablan de costes nunca o casi nunca son en promedio más jóvenes que los que hablan con frecuencia o siempre o casi siempre. ($p=0,0001$) (Tabla 2).

La mitad de los encuestados afirma que asume muchísima responsabilidad a la hora de denegar una prueba o procedimiento aunque técnicamente lo considere innecesario, mientras que un 5,4% contesta que asume poca o ninguna responsabilidad. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre pediatras y especialistas en MFYC a este respecto (Tabla 2). Tampoco la edad o el tiempo de ejercicio influyen en estas opiniones de forma significativa. Sin embargo es significativamente mayor la proporción de mujeres que consideran que asumen muchísima responsabilidad ($p=0,01$).

También las razones por las que los médicos terminan cediendo ante las peticiones de los pacientes sobre pruebas que consideran inadecuadas son similares entre especialistas en MFYC y pediatras, ya que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Para ambos grupos, la razón más frecuentemente esgrimida (40,5%) es la necesidad de más información para reafirmar la propia opinión de los médicos ante la demanda del paciente. La segunda razón para los especialistas en MFYC es no disponer de suficiente tiempo para atender a los pacientes (35,3%), mientras que esta razón ocupa el tercer lugar entre los pediatras (20,6%). Para casi un 30% de los especialistas de ambos grupos la razón por la que ceden a las peticiones inapropiadas de los pacientes es porque estos insisten. Alrededor de un 20 % de ambos grupos ceden porque les preocupa ser acusados de mala praxis, mientras que un 14,4% de los especialistas en MFYC y un 17,5% de los pediatras ceden sólo para sentirse seguros. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las razones dadas por especialistas en MFYC y pediatras salvo los que dicen que ceden ante la insistencia de los pacientes porque no disponen de suficiente

tiempo para atenderlos, razón que es esgrimida en mayor proporción por los especialistas en MFYC ($p=0,0018$) (Tabla 3).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto a estas razones por sexo, pero si se ha observado que los más jóvenes y con menos años experiencia de trabajo tienen más preocupación por ser acusados de mala praxis si no acceden a las peticiones de los pacientes ($p=0,0002$). También que los mayores y con mayor experiencia justifican con más frecuencia ceder ante la petición de los pacientes por necesitar más información para reafirmar su opinión ($p= 0,0028$) y porque piensan que los pacientes deben tomar la decisión ($p= 0,0216$).

Según una mayoría de los encuestados, el problema de las demandas inadecuadas de pruebas médicas debería ser asumido por varios de los actores que pueden estar involucrados, y sobre todo por los médicos, la administración sanitaria y los propios pacientes. Un 41,1% de los encuestados involucra a estos tres actores en la solución del problema. No se han detectado diferencias estadísticamente significativas por edad, sexo o tiempo de experiencia respecto a esta opinión, aunque si entre especialidades, con una mayor proporción de quienes opinan así entre especialistas en MFYC (43,3%) frente a 33,3% entre pediatras ($p=0,04$). Como se observa en la Tabla 4, es una minoría la que opina que se trata de un problema que debe asumir en exclusiva los médicos, la administración sanitaria o los propios pacientes, menos aún otros actores

como el gobierno, las compañías de seguros, los hospitales o la industria farmacéutica.

La medida que la mayoría de los médicos considera que podría ser muy efectiva es disponer de más tiempo por paciente (65,3%). No se han encontrado diferencias respecto a esta opinión ni entre especialidades ni por edad, sexo o tiempo de ejercicio. Como se observa en la Tabla 5, la siguiente medida en ser considerada efectiva por los profesionales es la de disponer de folletos con los que informar a los pacientes (48%), seguida de cambiar el sistema de gestión clínica (29,1%) y de modificar la regulación sobre mala praxis (26,5%). Respecto a esta medida hay diferencias estadísticamente significativas entre pediatras y especialistas en MFYC ($p=0,028$).

La respuesta ante la exigencia de los profesionales españoles es muy diferente a la de los de EEUU. En España, acepta la exigencia del paciente un 35% de los médicos mientras que en EEUU es un 53%. También son diferentes las razones para ceder ante la exigencia, como se muestra en la Tabla 6.

DISCUSIÓN

Los datos de este estudio muestran que un 93,6% de los médicos de atención primaria españoles considera que la petición por parte de los pacientes de pruebas que no están indicadas supone un problema importante y frecuente. Este

Tabla 3. Razones por las que termina cediendo ante un paciente que pide una prueba que considera inapropiada

Le preocupa ser acusado de mala praxis	22,2 %
Sólo para sentirse seguro	15,1 %
Necesita más información para reafirmar su opinión	40,6 %
Los pacientes insisten	30,8 %
Para contentar a sus pacientes	13,5%
Opina que los pacientes deben tomar la decisión	5,5%
No dispone de suficiente tiempo para los pacientes.	32,1%
Cobra por cada prueba que pide	0%
No sabe/no contesta	0,5%

Tabla 4. Actores que deberían asumir el problema

Los médicos únicamente *	9,4%
Los médicos y otros actores	63,4%
El gobierno únicamente	0%
El gobierno y otros actores *	18,4%
Los pacientes únicamente	8,0%
Los pacientes y otros actores	56,9%
La administración sanitaria únicamente	7,5%
La administración sanitaria y otros actores	64,3%
Las compañías de seguro únicamente	0,2%
Las compañías de seguros y otros actores	8,1%
Los hospitales únicamente	0%
Los hospitales y otros actores	15,3%
Las compañías farmacéuticas	0%
Las compañías farmacéuticas y otros actores	4,9%

*Opiniones en las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre especialistas en MFYC y pediatras

Tabla 5. Opiniones sobre medidas que podrían ser efectivas frente al problema

	A. Nada efectiva	B. Poco efectiva	C. Algo efectiva	D. Muy efectiva	E. No sabe/ no contesta
La regulación sobre mala praxis podría ser una medida	4,0	18,0	39,3%	26,5%	12,1%
Cambiar el sistema de Gestión Clínica podría ser una medida	4,2%	11,6%	44,7%	29,1%	10,4%
Más tiempo por paciente podría ser una medida	0,9%	5,2%	28,2%	65,3%	0,3%
Contar con folletos para los pacientes podría ser una medida	0,7%	8,5%	42,5%	48,0%	0,3%

porcentaje supera al 73% encontrado en EEUU. Las importantes diferencias entre el sistema sanitario de EEUU y el español pueden explicar esta diferencia, en la medida en que el español es un sistema en el que el paciente accede gratuitamente a las pruebas diagnósticas siempre que le sean prescritas por el médico y, por tanto, si pide una prueba y obtiene la prescripción, la tendrá disponible sin más restricciones, mientras que en

EEUU influyen otras variables como la cobertura del seguro médico, el copago o el encarecimiento de las primas de seguro conforme aumenta el número y tipo de servicios consumidos.

Aunque en la mayoría de los casos los pacientes desisten en su petición cuando el médico les explica que la prueba no está indicada, alrededor de uno de cada tres médicos acceden a pedirla

Tabla 6. Razones por las que termina cediendo ante un paciente que pide una prueba que considera inapropiada

	Médicos españoles	Médicos de EEUU
Le preocupa ser acusado de mala praxis	22,2%	52,0%
Sólo para sentirse seguro	15,1%	36,0%
Necesita más información para reafirmar su opinión	40,6%	30,0%
Los pacientes insisten	30,8%	28,0%
Para contentar a sus pacientes	13,5%	23,0%
Opina que los pacientes deben tomar la decisión	5,5%	13,0%
No dispone de suficiente tiempo para los pacientes	32,1%	13,0%
Cobra por cada prueba que pide	0,0%	5,0%
No sabe/no contesta	0,5	

si el paciente insiste. En EEUU este porcentaje alcanza el 50%. La insistencia de los pacientes para que médicos de familia y pediatras cedan a sus peticiones puede deberse a varios factores. Hay que considerar que el paciente del siglo XXI ha cambiado su relación con el médico por la aparición de un nuevo modelo de paciente-ciudadano que se quiere responsabilizar de su salud y la de su familia, y para ello adopta una conducta de consumidor de servicios en relación a la provisión sanitaria. La transformación del rol pasivo de "paciente" en el papel activo de "consumidor" puede explicar la exigencia de servicios (pruebas diagnósticas o tratamientos) a los que el "cliente" considera que tiene derecho⁸.

La persona enferma que exige un servicio de carácter sanitario, sin conocer la evidencia científica que da soporte al hecho de que esté indicado o no en su caso, puede entender el acto médico como un acto de consumo y, como tal, sujeto a las exigencias del cliente, banalizando el saber científico que respalda la prescripción médica⁹. Carente de fundamento científico, la exigencia inapropiada de pruebas o tratamientos por parte de los pacientes parte de unas expectativas adquiridas a través de las experiencias de otros pacientes o de los medios de comunicación, incluyendo entre estos a internet.

En el estudio publicado por Martín-Torres et al, el 61% (IC 95%: 56-67%) de los pacientes asistentes a un centro de salud urbano en Madrid (España) han usado internet como fuente de información sobre salud¹⁰. Una proporción cada vez mayor de pacientes pregunta a sus médicos sobre informaciones encontradas en internet¹¹ y a un 86% de los médicos sus pacientes les ha preguntado alguna vez sobre información leída en internet. Algo más de la mitad de los médicos de atención primaria coincide en señalar que los pacientes obtienen información en internet que no es correcta., y para un 30,9% de los médicos la información de internet mina su credibilidad¹².

Conscientes del interés de internet como medio publicitario, una parte considerable de la industria farmacéutica, de la de bienes y equipos sanitarios, de las compañías de seguros médicos y de las propias empresas privadas de provisión de servicios médicos promueven el consumo de los mismos mediante estrategias de marketing a través de internet y de otros medios que, a menudo, utilizan el miedo de los pacientes reales o potenciales como motor de consumo. Lancet publicó un artículo en 2002 en el que hacía constar que, en Reino Unido, la industria farmacéutica por cada libra gastada en distribuir información imparcial, dedica 5 a actividad promocional¹³.

El ejemplo más extremo de este tipo de estrategias es la denominada mercantilización de enfermedades ("disease mongering"), mediante la que se promueve el sentimiento de enfermedad o de gravedad de circunstancias que no lo son para inducir el consumo de servicios sanitarios o fármacos.^{14,15,16} En síntesis, factores sociales ajenos al saber médico influyen sobre los ciudadanos para que estos exijan pruebas complementarias o tratamientos y los médicos se ven en la tesitura de aceptar o rechazar esas peticiones que, a veces, son exigencias.

La prescripción de una prueba diagnóstica que carece de indicación para complacer al paciente, o para sentirse más seguro, supone un conflicto ético que puede ser importante. Aunque el principio de autonomía del paciente y, de hecho un 13% de los médicos de EEUU opina que los pacientes son quienes deben tomar la decisión, significa una incorrecta interpretación del mismo aceptar que el enfermo tenga derecho a exigir una prueba que no está científicamente respaldada en su caso. El principio de autonomía obliga al médico a respetar la elección de un paciente bien informado sobre las alternativas terapéuticas que se le ofrecen. Esto no significa que el médico deba prescribir por complacencia tratamientos que considere no útiles o inadecuados, y deberá utilizar sus mejores habilidades de comunicación para que el paciente lo entienda y salvaguardar así la relación con el paciente y el principio de autonomía¹⁷.

Aceptar una petición no indicada puede suponer un vulneración del principio ético de justicia, al menos en nuestro medio, ya que el sistema público detrae de otros fines los recursos destinados a responder a estas exigencias injustificadas. En nuestro estudio, un tercio de los médicos nunca comenta los costes de las pruebas que se les solicitan sin estar indicadas y sólo un 3,8% trata del coste de las pruebas innecesarias siempre. Esto no sucede igual en EEUU, donde un 20% de los médicos responden que siempre que se les solicita una prueba no indicada hablan de los costes de las mismas. Las razones para esta diferencia de comportamiento pueden ser varias, como una mayor conciencia de los costes sanitarios por parte de los prescriptores de EEUU, una mejor información sobre estos, el copago de los pacientes o la penalización a los médicos prescriptores por las compañías aseguradoras, etc.

El principio ético de beneficencia puede quedar vulnerado en la medida en que la prueba solicitada no tiene base científica que asegure que beneficia al paciente, razón por la que no está indicada. Por último, el principio de no maleficencia podría quedar vulnerado si el paciente corre el riesgo de sufrir daños a consecuencia de la prueba por él mismo exigida de forma inapropiada, como podría suceder si el paciente solicita una biopsia de próstata, repetidas mamografías, etc¹⁸.

Independientemente de las consideraciones éticas, el miedo a ser acusado de mala praxis, que en España justifica la prescripción en un 22,2% de los casos y en EEUU en un 52%, es una forma de la denominada medicina defensiva¹⁹. La diferencia entre España y EEUU no puede ser exclusivamente atribuida a una mayor cobertura por el sistema público en nuestro país ya que en un estudio realizado en el NHS británico, con una cobertura pública similar a la española, un 59,6% de los médicos encuestados respondió que aumenta el número de test que prescribe a sus pacientes para evitar demandas y reclamaciones²⁰. Así pues, otros factores culturales o sociales deben estar involucrados en que los médicos españoles se sientan menos presionados que los anglosajones.

De todos modos, a pesar de que algunos pacientes exigen pruebas injustificadamente, más de un 50% de ellos se limita a pedir una determinada prueba y aceptar la opinión de su médico cuando esta no está indicada. Los usuarios y los pacientes manifiestan tener una confianza en la profesión médica como agente principal del sistema. El prestigio profesional y una buena comunicación entre médico y paciente son esenciales para mantener esa confianza y minimizar los conflictos. En esa línea, es fundamental la incorporación de las preferencias y opiniones de los pacientes en la toma de decisiones clínicas²¹, aunque hay que considerar que incorporar las opiniones de los pacientes no es lo mismo que acceder a peticiones injustificadas.

En muchos casos, la relación médico-paciente se encuentra deteriorada por diversos factores, entre los que destaca la sobrecarga asistencial y el escaso tiempo disponible por paciente. En un estudio realizado en varias comunidades autónomas españolas en 2004, se registró que de los 9,1 minutos de tiempo medio de consulta, sólo 2,4 minutos fueron dedicados a consejo y trata-

miento²². No parece que sea un tiempo suficiente para convencer a una persona que insiste en que quiere una prueba diagnóstica de que esta no está indicada en su caso.

También se ha descrito que la información que el médico proporciona al paciente no alcanza los niveles de eficacia suficientes. Esto se ha atribuido principalmente al desgaste o insatisfacción de los profesionales, lo cual conlleva a una peor calidad asistencial, en detrimento de la información adecuada de los pacientes. El escaso tiempo de consulta y sobrecarga laboral favorecen este fenómeno. Dentro de la sobrecarga laboral, se observó que existe una asociación inversamente proporcional entre el número de tarjetas sanitarias por médico y el porcentaje de médicos que informa siempre a sus pacientes en las distintas fases del proceso asistencial^{23,24}. En EEUU se observó que la proporción de médicos que se niegan a prescribir pruebas inadecuadas es mayor entre los que ven más de 100 pacientes semanales, aunque en nuestro estudio este hecho no se ha verificado ($p=0,16$).

Además de aumentar el tiempo disponible para cada paciente en la consulta, los médicos consideran que sería una ayuda importante contar con folletos informativos para los pacientes. La utilidad de los folletos en la comunicación con los pacientes ha sido demostrada en variadas ocasiones y en diferentes contextos (asma, cáncer, osteoartritis, etc.)^{25,26,27} aunque es necesario evaluar su calidad y efectividad^{28,29,30,31,32}

Una de las limitaciones de este estudio es que no tenemos datos sobre cuáles son las demandas inadecuadas más frecuentes ni cuáles son los costes para el sistema sanitario de las actuaciones "defensivas" que se derivan de ellas, aunque en otros países se han estimado cifras astronómicas³³, por lo que consideramos necesarias nuevas investigaciones que aporten datos sobre el problema y propicien soluciones.

Otra de las limitaciones de este estudio radica en el hecho de que se trata de una encuesta autoadministrada remitida a través de correo electrónico, lo que supone que deja fuera del muestreo a médicos que no utilicen este medio. Los datos publicados sobre acceso a internet muestran que el 98,2% de los profesionales con titulación universitaria utiliza asiduamente internet³⁴. Se

ha descrito que los usuarios de internet son más jóvenes que el promedio de la población. Esto haría posible pensar que exista un cierto sesgo de selección entre los médicos de atención primaria encuestados, aunque la edad promedio es de 45,4 años y la edad promedio de los médicos españoles en ejercicio es de 45,7 años³⁵.

CONCLUSIONES

Los médicos de atención primaria perciben que las demandas inapropiadas de pruebas o procedimientos diagnósticos inapropiados son un problema importante y frecuente, que les hace sentirse incómodos y asumir mucha responsabilidad. La mayoría intenta persuadir a los pacientes de lo innecesario de la prueba que demandan pero una importante proporción cede a la presión de los pacientes porque no se sienten suficientemente seguros al denegarlas o porque no tienen tiempo para convencer al paciente de que no es apropiada.

Posiblemente, en el contexto de nuestro sistema sanitario público, se podría reducir la magnitud y las repercusiones de este problema si los médicos contaran con una mayor disponibilidad de tiempo por paciente y unos folletos elaborados por la administración de salud dirigidos a informar a los pacientes sobre las evidencias científicas en las que se basan los médicos para considerar indicadas o no las pruebas diagnósticas que son solicitadas de forma inapropiada.

Sería interesante disponer de nuevas investigaciones sobre este problema que permitan elaborar estrategias que involucren a pacientes, médicos y administración para hacer frente a este problema.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en

- el sistema sanitario. Atención Primaria. 2006;38 (Suppl 3):234-7.
2. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 19-27.
 3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
 4. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. RevCalidad Asistencial. 2002;17(Suppl1):22-9.
 5. Jovell A.J. El paciente del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Suppl3): 85-90.
 6. Unnecessary test and procedures in the Health care System [Consultado 1/12/2017] Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/04/Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf>
 7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015. Página 98. [Consultado 15/12/2017] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
 8. Cabello Morales E. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? RevMedHered.2001;12 (Suppl3): 96-99.
 9. Segura Benedicto A, Giner Ruíz V. El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina. Atención Primaria. 2013; 45 (Suppl5): 274-277.
 10. Martín Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Saénz del Castillo Vicente MI, Polentinos Castro E, Garrido Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente Atención Primaria. 2013;45(Suppl1):46-53.
 11. Castells M, Lupiáñez F, Saigí F, Sánchez J. Projecte Internet Catalunya (PIC). Modernització tecnològica, canvi organitzatiu i serveis als usuaris en el sistema de salut de Catalunya. Informe de recerca (Vol. I). Abril de 2007 [citado 29 Jun 2008]. Disponible en: http://www.uoc.edu/in3/pic/cat/pdf/pic_salut_volum1.pdf
 12. Mira Solves J, Llinán Santacreu G, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C. Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes. Atención Primaria. 2009 ;41(Suppl6):308-314.
 13. Joe Collier, Ike Iheanacho. The pharmaceutical industry as an informant. Lancet. 2002; 360: 1405-09.
 14. Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. RevPediatr Atención Primaria. 2009;11:491-512.
 15. Howard Wolinsky. Disease mongering and drug marketing. Does the pharmaceutical industry manufacture diseases as well as drugs? EMBO Rep. 2005; 6(Suppl7): 612-614.
 16. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002;324:886-91.
 17. Zosia Kmietowicz. Organizaciones de consumidores critican la influencia de las compañías farmacéuticas. BMJ.2004;329:937.
 18. Carmona J. Ética de la Prescripción. RevClínMed Fam. 2012; 5 (Suppl3): 149-150.
 19. Moya Bernal, A. Ética de la prescripción. Inf Ter SistNac Salud. 2011; 35: 57-63.
 20. Tancredi L. The problem of defensive medicine. Science. 1978;200: 879-82.
 21. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ. 1995;310:27-9.
 22. Ruiz Moral, Peralta Munguía L, Pérula de Torres L, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. Atención Primaria. 2012; 44 (Suppl1): 5-12.
 23. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixadesa J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. Atención Primaria 2004;33(Suppl9):496-502.
 24. Pérez-Cárceles MD, Ereñíguez-Barranco J.E, Osuna-Carrillo de Albornoz E, Luna-Maldonado A. Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. Atención Primaria. 2006;37(Suppl2):69-74.
 25. Bosch-Fontcuberta JM. El tiempo no sólo es oro, es sobre todo dignidad profesional. Aten Primaria. 2006;37(Suppl2):75-77.
 26. Morell F, Ojanguren I, Cordovilla R, Urrutia I, Agüero R, Guerra J, et al. Two short inter-

- ventions to reduce health care requirements in asthma patients. A multicentre controlled study (ASTHMACAP II). *Medicina Clínica*. 2014; 142(Suppl8):348-354.
27. Smith S, Trevena L, Simpson J, Barrot A, Nutbeam D, McCaffery K. A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341:5340-5353.
 28. Morden A, Clare J, Nio Ong B, Porcheret M, Dziedzic K. Acceptability of a 'guidebook' for the management of osteoarthritis: a qualitative study of patient and clinician's perspectives. *BMC Musculoskeletal disorders*. 2014;15:427.
 29. Barrio I, Simón P. ¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud. *Atención Primaria*. 2003;31(Suppl7):409-414.
 30. Barrio I, Simón-Lorda P, Melguizo M, Molina A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. *An.Sist.Sanit. Navar*. 2011;34 (Suppl2):153-165.
 31. Gummersbach E, Piccoliori G, Oriol C, Altiner A, Othaman C, Rose C, et al. Are women getting relevant information about mammography screening for an informed consent: a critical appraisal of information brochures used for screening invitation in Germany, Italy, Spain and France. *European Journal of Public Health*. 2009; 20(Suppl4): 409-414.
 32. Castañeda S, Yer X, Gallo L, yepes-Rios M, Ming J, Calavera A, et al. Colorectal Cancer Educational Intervention Targeting Latino Patients Attending a Community Health Center. *J Prim Care Community Health*. 2012;3(Suppl3): 164-169.
 33. Francis N, Phillips R, Wood F, Hood K, Simpson S, Butler C. Parent's and clinician's views of an interactive booklet about respiratory tract infections in children: a qualitative process evaluation of the EQUIP randomised controlled trial. *BMC Family Practise*. 2013;14:182-192.
 34. Guzmán Mejía JI, Shalkow Klincovstein J, Martín Palacios Acosta J, Zelonka Valdez R, Zurita Navarrete R. ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cirujano General Vol. 33 Supl. 2* - 2011.
 35. Observatorio Nacional de las telecomunicaciones y de la SI. Perfil sociodemográfico de los internautas. Análisis de los datos INE 2014. Demografía médica. Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario. OMCE. Dep Legal PO415-2009.