

Artículo original

Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México

Defensive Medicine: Evaluation of its Practice in Family Medicine Units in Tuxtla Gutierrez, Chiapas, Mexico

Medicina defensiva: avaliação da prática em unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutierrez, Chiapas, México

Yunis Lourdes Ramírez-Alcántara,* Luis Alberto Parra-Melgar,** Luis Ernesto Balcázar-Rincón***

Resumen

Objetivo: evaluar la dimensión de la práctica de la medicina defensiva en las unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. **Métodos:** estudio transversal y analítico. Se evaluó la práctica de medicina defensiva de 87 médicos de la consulta externa de medicina familiar de tres unidades de primer nivel de atención. El instrumento estuvo conformado por 17 preguntas que exploraron percepciones, actitudes y conductas relacionadas con la práctica diaria del médico y cinco preguntas acerca de características sociodemográficas y laborales. El análisis estadístico incluyó la prueba de χ^2 , se estableció una $p < 0.05$ como significativa. **Resultados:** 92% de los encuestados demostró practicar algún grado de medicina defensiva. El turno laboral del personal estuvo relacionado con la práctica de medicina defensiva en grado manifiesto ($p = 0.007$). **Conclusiones:** se determinó en este estudio que la práctica de medicina defensiva es alta, por lo que se debe mejorar la relación médico-paciente, ya que una comunicación franca y abierta con el paciente y su familia podría disminuir el temor de repercusiones legales y permitiría al médico actuar con mayor libertad y juicio.

Sugerencia de citación: Ramírez-Alcántara YL, Parra-Melgar LA, Balcázar-Rincón LE. Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Aten Fam. 2017;24(2):62-66.

Summary

Objective: to evaluate the dimension of the defensive medicine practice in Family Medicine Units of the Mexican Institute of Social Security in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Mexico. **Methods:** Cross-sectional and analytical study. Practice of defensive medicine was evaluated of 87 outpatient Family Medicine physicians from three Primary Care level units. The instrument was formed by 17 questions that explored perceptions, attitudes, and behaviors related to daily practice and five questions on socio-demographic and labor characteristics. The statistical analysis included the χ^2 test, a $p < 0.05$ as meaningful was established. **Results:** 92% of the surveyed persons showed some degree of defensive medicine practice. Staff labor shift was related to the practice of defensive medicine in some level ($p = 0.007$). **Conclusions:** it was determined in this study that defensive medicine is highly practiced, so the doctor-patient relationship needs to be improved since an honest and open communication with the patient and his family could reduce the fear of legal repercussions and would allow the physician to act with greater freedom and judgment.

Palabras clave: medicina defensiva, profesionalismo médico, relación médico-paciente

Key words: defensive medicine, medical professionalism, physician-patient relations

Palavras-chave: medicina defensiva, profissionalismo médico, relação médico-paciente

Recibido: 10/1/17

Aceptado: 7/3/17

*Profesor titular de la residencia en Medicina Familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no. 13, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Médico familiar, UMF no. 6, IMSS. *Profesor, hospital general de zona no. 2, IMSS; médico, Coordinación de Urgencias y Terapia Intensiva, hospital general "Dr. Belisario Domínguez Palencia", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Correspondencia:

Yunis L. Ramírez-Alcántara
yunisra@hotmail.com

Resumo

Objetivo: avaliar a dimensão da prática da medicina defensiva em unidades de medicina de família do Instituto Mexicano de Seguro Social, em Tuxtla Gutierrez, Chiapas, México. **Métodos:** estudo analítico transversal. Foi avaliada a prática da medicina defensiva de médicos 87 em ambulatório de medicina familiar em três unidades de cuidados primários. O instrumento foi composto por 17 perguntas que exploravam percepções, atitudes e comportamentos relacionados com a prática diária de médico e cinco perguntas sobre características sociodemográficas e ocupacionais. A análise estatística incluiu o teste de χ^2 , estabeleceu-se uma $p < 0.05$ como significativa. **Resultados:** 92% dos entrevistados apresentaram algum grau de prática da medicina defensiva. O turno de trabalho do pessoal estava relacionado com a prática da medicina defensiva em grau altamente significativa. ($p = 0.007$). **Conclusões:** foi determinado neste estudo que a prática da medicina defensiva é alta, de modo que deve melhorar a relação médico-paciente, pois uma comunicação franca e aberta com o paciente e sua família poderiam diminuir o medo de repercussões legais e permitir ao médico agir mais livremente e com juízo.

Introducción

La responsabilidad profesional médica es tan antigua como la humanidad; los orígenes del derecho médico en relación con la responsabilidad datan desde la cultura mesopotámica, consignada en la compilación del Código de Hammurabi, del siglo XVIII a.C.^{1,2}

En los últimos años ha surgido un cambio en la práctica de la medicina, tanto en el ámbito privado como

institucional, influenciado por diversas situaciones como son: el crecimiento de la población, el avance en la tecnología, una mayor disponibilidad de información por el paciente, así como la falta de valores de la sociedad.³

Como resultado se presenta distanciamiento, insatisfacción y reclamo por parte del paciente y sus familiares. En este contexto, la relación médico-paciente se ve distorsionada hasta culminar en situaciones de conflicto por la pérdida de confianza mutua, y su efecto es una práctica médica con desempeño cauteloso, con recelo y desconfianza ante el paciente, originando un tipo de práctica, que se ha llamado genéricamente “medicina defensiva”.³

El término medicina defensiva fue introducido por primera vez por Tancendi en 1978 definiéndola como “el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica”.⁴

Un concepto más actual adoptado por varios autores la define como “la aplicación de tratamientos, realización de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, más que con el objeto de diagnosticar y tratar adecuadamente al paciente, con el propósito principal de defender al médico de la crítica, además de contar con evidencias do-

cumentales ante una demanda y evitar controversias”.⁵⁻⁷

El aumento de demandas legales ha producido el desarrollo de estrategias entre los médicos que modifican las prácticas comunes, pudiendo provocar gastos innecesarios al sistema de atención y al enfermo, sin mejorar los resultados clínicos. A este respecto, Studdert y cols.⁸ describen dos modalidades de medicina defensiva: la *medicina defensiva positiva* que consiste en adoptar un exceso de medidas de seguridad mediante cuidados suplementarios, estudios innecesarios, referencia innecesaria o excesos en el número de interconsultas, tratamientos innecesarios, hospitalización, cuando se podría atender de manera ambulatoria o en casa,⁸⁻¹⁰ y la *medicina defensiva negativa* u omisiva en la que los médicos presentan reducción en la atención, produciendo retardo en la toma de decisiones en las actividades diarias, habitualmente se tiende a postergar la atención del enfermo para los turnos subsecuentes, especialmente los casos de enfermos complicados o con familiares demandantes con riesgo de litigio, además de evitar procedimientos riesgosos en pacientes que podrían beneficiarse de ellos.⁸⁻¹⁰

Existen otras conductas que también pueden ser consideradas como prácticas defensivas: realizar un pseudo-

Tabla 1. Factores que propician la práctica de la medicina defensiva

Factores condicionantes del médico	Factores condicionantes del paciente	Factores condicionantes del entorno social
• Mala relación médico-paciente	• Mejor información médica	• Leyes más estrictas
• Aplicación superficial de procedimientos clínicos	• Más acceso a medios de comunicación	• Difusión inmediata y masiva de noticias médicas (positivas y negativas)
• Conocimientos, habilidades y destrezas deficientes	• Mayor conocimiento de sus derechos	• Sesgo de la información
• Invasión de campos de la medicina que no domina	• Prepago	
• Exceso de confianza		

Ramírez-Alcántara YL y cols.

consentimiento informado, negarse a firmar certificados de defunción, realizar registros defensivos en el expediente clínico (agresivo hacia otros colegas, el paciente o su familia) y denuncias policiales injustificadas.¹¹

Entre los factores que propician la práctica de la medicina defensiva, las transformaciones ocurridas en la relación médico-paciente son la causa fundamental (tabla 1).¹²

La práctica de medicina defensiva ha sido documentada ampliamente en los Estados Unidos de Norte América, donde se reporta que el ejercicio cotidiano de la medicina ha sufrido cambios significativos por temor a demandas y reclamos de los pacientes.^{13,14} En América Latina, los juicios por demandas de mala práctica son cada vez más frecuentes,³ por lo que diversos investigadores han estudiado su permanencia y características entre los médicos de diversas especialidades.

En Argentina,¹⁰ en el año 2004 se realizó un estudio que arrojó como resultado que 70% de los médicos que participaron en el estudio tenía prácticas defensivas; por otra parte un estudio efectuado en Guatemala reportó que 74% de médicos cirujanos, miembros activos de la Asociación de Cirujanos de Guatemala, mostró algún grado de práctica defensiva.¹⁵

En México, la práctica de medicina defensiva ha sido poco estudiada y reportada, respecto al estudio realizado por Sánchez y cols., en el año 2005, analizó actitudes defensivas en la práctica de la medicina en 61.3% de una muestra de 613 de médicos generales y especialistas.⁶ Para el año 2009 en un estudio realizado en diferentes regiones del estado de Oaxaca⁵ se observó un incremento en la frecuencia de la práctica defensiva de los médicos, siendo su estimación de 76.9%.

Se puede constatar que la medicina defensiva en México es parte de la práctica médica diaria, en la cual se abusa de los auxiliares de diagnóstico y complementación diagnóstica, esta última apoyada en las interconsultas y referencias a un segundo o tercer nivel de atención médica.

El objetivo de este trabajo fue estimar la dimensión de la práctica de la medicina defensiva en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Métodos

Se realizó un estudio transversal y analítico en la consulta externa de medicina familiar de tres unidades de primer nivel del IMSS. La población de estudio fueron 87 médicos familiares de las tres unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a los cuales, previa firma de consentimiento informado, se les pidió contestar el instrumento de recolección de datos. Los criterios de inclusión fueron: médicos familiares adscritos a la consulta externa de las unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con turno laboral matutino o vespertino, se excluyeron del estudio a médicos generales y médicos residentes. El proyecto fue autorizado por el Comité de Investigación y Ética en Salud no. 702 del IMSS.

El instrumento estuvo integrado por dos segmentos: el primero exploró características sociodemográficas: edad, género, estado civil, unidad médica a la que pertenecía y turno laboral. Para evaluar la práctica de medicina defensiva se utilizó el cuestionario de medicina defensiva propuesto por Sánchez,⁶ que consiste en 17 reactivos en una escala tipo Likert acerca

de actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva; de ellas, 15 preguntas exploraron el nivel de acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la medicina defensiva, además se incluyeron dos distractores (reactivos 3 y 16). El instrumento cuenta con tres preguntas centrales (reactivos 2, 5 y 10) que permiten establecer la categorización de acuerdo con las conductas defensivas:

Pregunta 2: frecuentemente siento temor a ser demandado. El reactivo hace referencia a que el encuestado percibe una situación y responde ante ella con temor, por negativa y amenazante para sí mismo.

Pregunta 5: mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos. Este reactivo señala una conducta preventiva de orientar la toma de decisiones hacia la evasión de conflictos.

Pregunta 10: he modificado mi práctica para evitar ser demandado. Establece el nivel de concienciación del médico ante el riesgo de conflicto y demanda, que responde con una afirmación clara y precisa de una modificación en el ejercicio profesional con el fin de evitar demandas.

Se consideró como no defensivo si el médico no respondió positivamente ninguna de las tres preguntas centrales. Si respondió positivamente al menos a una de las tres preguntas centrales se consideró como defensivo. El grado de medicina defensiva se estimó de acuerdo con el número de reactivos que se respondieron afirmativamente (sin importar cuál), quedando integrada: incipiente (una respuesta afirmativa), evidente (dos preguntas con respuesta afirmativa) y manifiesta (tres preguntas con respuesta afirmativa).

Se realizó un análisis descriptivo de características sociodemográficas de los médicos, se incluyó estadística no paramétrica mediante la prueba de χ^2 para estimar asociaciones causales con un nivel de confianza de 95% (p significativa <0.05). Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS v 22.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 46 hombres (52.9%) y 41 mujeres (47.1%), con una edad mínima de 30 años y una máxima de 58 años, con una media de 41.63 (DE ± 7.012). La experiencia profesional fluctuó entre 4 y 31 años, con una media de 15.39 años (DE ± 6.65). Con predominio del estado civil casado en 72.4% de los médicos. Los resultados obtenidos al explorar las características laborales de los médicos pueden observarse en la tabla 2.

Al evaluar el aspecto de la medicina defensiva, 92% (80 médicos) de los encuestados demostró algún grado de práctica defensiva. La tabla 3 muestra la distribución de acuerdo con los diferentes grados de medicina defensiva, resaltando los grados evidente y manifiesto.

Al contrastar las características sociodemográficas y la práctica de medicina defensiva no se encontraron resultados significativos, solamente el turno laboral matutino demostró mayor frecuencia de prácticas defensivas en el grado manifiesto ($p=0.007$), (tabla 4).

Discusión

El deterioro en la relación médico-paciente y la relación cada vez más impersonal con los pacientes, sumados a la situación jurídico-social actual, han derivado en un creciente desarrollo de actitudes defensivas en la práctica

médica, con el objeto de evitar demandas.

En países como Estados Unidos, la práctica de la medicina defensiva tiene cifras alarmantes de hasta 98%, esta misma situación se presenta en países como Japón o algunos de la Unión Europea.⁶ Sin embargo, este problema no solo se presenta en países desarrollados, los resultados de este trabajo así lo demostraron, pues 92% de los médicos encuestados realizan prácticas de medicina defensiva en diferentes grados, este hallazgo es relevante y a la vez preocupante ya que contextualiza la magnitud tan importante del problema.

En México existen pocos estudios que valoren el grado de medicina

defensiva en profesionales de la salud, un estudio multicéntrico que incluyó a 613 médicos encontró una frecuencia de 61.3% de práctica de medicina defensiva,⁶ por otro lado Prieto y cols., en un estudio realizado en un hospital de segundo nivel en el IMSS reportaron una frecuencia de 72%,⁷ como se puede observar los resultados obtenidos en este trabajo difieren por mucho de lo reportado en otros hospitales del país. Un aspecto importante a mencionar es el hecho de que este estudio se realizó en unidades de primer nivel, las cuales no habían sido previamente referidas por otros estudios a pesar de que los médicos adscritos a las unidades de medicina familiar son una población

Tabla 2. Características laborales de los médicos

Variable	UMF no. 13		UMF no. 23		UMF no. 25	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Masculino	12	26.1	21	45.7	13	28.3
Femenino	18	43.9	12	29.3	11	26.8
Turno laboral						
Matutino	15	33.3	17	37.8	13	28.9
Vespertino	15	35.7	16	38.1	11	26.2

Tabla 3. Distribución del grado de medicina defensiva

Grado de medicina defensiva	n	%
Incipiente	22	27.5
Evidente	29	36.3
Manifiesta	29	36.3
Total	80	100

Tabla 4. Turno laboral y práctica de la medicina defensiva

Turno laboral	Grado de medicina defensiva			Total	χ^2	p
	Incipiente	Evidente	Manifiesta			
Matutino	11	9	21	41	9.956	0.007
Vespertino	11	20	8	39		
Total	22	29	29	80		

en riesgo debido a que cuentan con una población derechohabiente la cual les es encomendada, se considera que el alto índice de práctica de medicina defensiva obedece al hecho que el derechohabiente no elige a su médico tratante, lo que influye para iniciar una relación médico-paciente con desconfianza y desencadenar la práctica de la medicina defensiva.

Existe poca información acerca de los diferentes grados que pueden presentar los médicos respecto a la práctica de la medicina defensiva; este trabajo identificó en mayor medida a los grados evidente y manifiesto. Estos resultados mantienen una tendencia similar a lo publicado por Sánchez y cols.⁶ quienes reportaron predominio de grado evidente en 42.5% de su muestra. Por otra parte, Prieto y cols.⁷ reportaron grados incipientes de medicina defensiva.

La relación entre género y la práctica de medicina defensiva es controversial, pues algunos autores han reportado predominio en el género masculino, considerando que la diferencia radica en que el género femenino tiene características como: mayor calidez y actitud más compasiva, que les permiten establecer más fácilmente relaciones empáticas con los pacientes,⁷ este trabajo no demostró diferencia entre el género de los médicos encuestados y la práctica de medicina defensiva.

En cuanto a la asociación entre medicina defensiva y el turno laboral, conforme a lo esperado se encontró que los médicos pertenecientes al turno matutino demostraron predominio de la práctica de la medicina defensiva en el grado manifiesto. Se considera que esto es favorecido porque en el turno matutino

no se cuenta con una gama de servicios disponibles más amplia, esto es, estudios de laboratorio y gabinete, así como más especialidades disponibles en la unidad de segundo nivel para poder referir pacientes en comparación con el turno vespertino en el que son más limitados.

Finalmente, este trabajo tiene algunas limitaciones que pueden ser direccionadas en investigaciones futuras: primero, sería importante considerar otras variables laborales que podrían estar relacionadas con el grado de práctica de medicina defensiva como son la antigüedad laboral o el tipo de contratación (base o bolsa de trabajo). Segundo, el tamaño de la muestra es pequeño por lo que para generalizar los resultados obtenidos se debe realizar un estudio con una muestra más grande que incluya al resto de unidades de medicina familiar del estado.

Conclusión

Los resultados de este trabajo indicaron una frecuencia alta de actitudes orientadas hacia la práctica de la medicina defensiva en las unidades de primer nivel del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Se debe dotar a los médicos de una preparación médica sólida, con actualización constante de conocimientos, habilidades y destrezas; además de capacitarlos en estrategias de comunicación efectiva y empática que fortalezcan la relación médico-paciente y la confianza mutua, lo que podría disminuir el temor y permitiría al médico actuar con libertad y juicio repercutiendo positivamente en la calidad de la atención brindada al paciente, y desde luego, disminuyendo los costos de atención.

Referencias

1. Corbella J. Antecedentes históricos de la medicina legal en España. Barcelona: PPU; 1995.
2. Arimany J. La medicina defensiva, un peligroso boomerang. *Orthopedic*. 2006;29(4):296-7.
3. Paredes R, Rivero O. Medicina defensiva. En: Rivero O, Tanimoto M, editores. El ejercicio actual de la medicina. Universidad Nacional Autónoma de México; 2003. 79-89.
4. Tancredi LR. The problem of defensive medicine. *Science*. 1978;200(43):879-82.
5. Ortega M, Méndez J, López F. Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. *Revista Conamed*. 2009;14:4-10.
6. Sánchez J, Tena C, Campos E, Hernández L, Rivera A. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj*. 2005;3:199-206.
7. Prieto SE, Valdepeña MP, Mora M, Jiménez CA. Medicina defensiva en un Hospital General Regional. *Med Int Mex*. 2013;29(1):32-8.
8. Studdert D, Mello M, Sage W, DesRoches C, Peugh G, Zapert K, et al. Defensive Medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005;293:2609-17.
9. Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation. *Safety Med Sci Mon*. 2011;15:4.
10. Guzmán JI, Shalkow J, Palacios JM, Zelonka R, Zurita R. ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cirujano General*. 2011;33(S2):151-6.
11. Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *Lancet*. 2006;368(9531):240-6.
12. Rodríguez Almada H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Urug*. 2001;17(1):17-23.
13. Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Physicians' views on defensive medicine: a national survey. *Arch Intern Med*. 2010;170:1081-3.
14. Johnston WF, Rodríguez RM, Suarez D, et al. Study of medical students' malpractice fear and defensive medicine: a "hidden curriculum?" *West J Emerg Med*. 2014;15:293-8.
15. Peñalón MA, Argueta AI, Rojas MJ. Medicina defensiva en Guatemala. Resultados de una encuesta exploratoria entre cirujanos. *Rev Guatem Cir*. 2007;16(3):33-7.