

Cirugía y Cirujanos

Volumen **73**
Volume

Número **3**
Number




Mayo-Junio **2005**
May-June

Artículo:




Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

Others sections in this web site:

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización

Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez-González,* Dr. Carlos Tena-Tamayo,** Dra. Esther Mahuina Campos-Castolo,*** Dr. Luis Ernesto Hernández-Gamboa,**** Dr. Antonio Eugenio Rivera-Cisneros*****

Resumen

Introducción: la medicina defensiva ha sido reconocida como un problema para los servicios de salud en varios países del mundo. Se define como la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente. Son múltiples las causas de la medicina defensiva: la fundamental es el establecimiento de una relación médico-paciente sin la confianza necesaria.

Material y métodos: se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo, de naturaleza exploratoria, con el objetivo de estimar la dimensión de la medicina defensiva en México. Se diseñó una encuesta piloto de autoaplicación con escala de Likert en una muestra representativa. Participaron 613 médicos a nivel nacional; el índice de confianza fue de 95 % y error máximo de 5 % ($p < 0.05$). Las preguntas exploran el nivel de acuerdo o desacuerdo con percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la práctica de la medicina defensiva.

Resultados: se establecieron categorías y grados en las prácticas defensivas de los médicos encuestados. Resultó *no ser defensivo* 38.7 %, mientras que 61.3 % presentó asociación con algún grado de medicina defensiva ($p < 0.05$).

Conclusiones: la actitud defensiva de los médicos participantes es alta, lo cual destaca la importancia de establecer medidas que estimulen su contención y combate, lo que permitirá mejorar la calidad de la práctica médica y la relación médico-paciente. El instrumento mantuvo un grado de confianza y sensibilidad ($p < 0.05$) que permite su futura utilización.

Palabras clave: medicina defensiva, error médico, relación médico-paciente.

Summary

Introduction: defensive medicine, has been recognized as a problem for health services in several countries of the world. It is defined as the application of treatments, tests and procedures with the main intention to defend the doctor of critic's and to avoid controversies, regarding diagnosis or patient's treatment. There are multiple causes of the defensive medicine: the fundamental is patient doctor relationship without the necessary trust.

Material and methods: the present reports it is a observational, cross-sectional and descriptive study of exploratory nature, with the objective to consider the dimension of the defensive medicine (MD) in Mexico. A survey was designed pilot of autoaplicación with Likert scale in a representative sample. 613 doctors participated to national level, with index of confidence of 95 % and maximum error of 5 % ($p < 0.05$). The questions explore the level in agreement or disagreement with perceptions, specific attitudes and conducts that are related to the MD practice.

Results: categories and degrees in the defensive practices of the interviewed doctors settled down, 38,7 % were nondefensive, whereas 61,3 % presented association with some MD degree ($p < 0.05$).

Conclusions: the defensive attitude of the participant doctors is high, it emphasizes the importance of establishing measures that stimulate their containment and fights, which will allow to improve the quality of the medical practice and the doctor-patient relationship. The instrument maintained a degree of confidence and sensitivity ($p < 0.05$), that its future use allows.

Key words: defensive medicine, medical error, doctor-patient relationship.

* Director General de Difusión e Investigación.

** Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

*** Subdirectora de Investigación.

**** Director de Investigación.

***** Ex Director General de Enseñanza e Investigación.
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez-González,
Mítila 250, octavo piso, Col. Vertiz Narvarte,
03020 México, D. F.
Tel./fax: (52) 5420 7103.
E-mail: juevesm@yahoo.com

Recibido para publicación: 13-10-2004

Aceptado para publicación : 23-11-2004

Introducción

Cada día la ciencia médica aumenta su posibilidad de producir cambios en la salud y la calidad de vida de los enfermos. Sin embargo, en lugar de sentirnos seguros con más y mejores fármacos o técnicas para ayudar a nuestros pacientes, existe evidencia de una alta proporción de profesionales de la salud que sienten temor a ser demandados, y se escudan en actitudes y prácticas defensivas ineficaces y costosas, además de poco éticas.¹⁻⁴

Se define *medicina defensiva* como la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito explícito principal de defender al médico de la crítica, contar con evi-

dencias documentales ante una demanda y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.⁵⁻⁸ La medicina defensiva tiene muchos aspectos negativos, como prescribir medicamentos innecesarios, indicar estudios no indispensables para el diagnóstico, citar repetida e innecesariamente al paciente, incrementar la referencia a centros de especialidad o seleccionar pacientes e incluso evitar a los que tienen padecimientos graves o con complicaciones.^{1,6,9}

Si bien es cierto que algunas prácticas deseables como proporcionar seguimiento clínico minucioso, dar explicaciones más detalladas al paciente, mejorar la documentación del expediente clínico e incluso integrarse en programas de auditoría, ofrecen mayor seguridad y satisfacción al paciente originando mejoría en la atención médica, se consideran defensivas cuando están orientadas a proteger contra una probable demanda.⁹ Desgraciadamente, la incertidumbre provoca niveles de temor a la demanda cada vez menos tolerables por los médicos, los beneficios esperados y tangibles son muy pequeños y con un costo-beneficio alto, tanto en el aspecto económico para los pacientes y para el sistema de salud, como en la satisfacción profesional y calidad de vida de los médicos.^{7,10,11} Este temor repercute en que los médicos modifiquen su ejercicio profesional en la búsqueda de no ser demandados, en un espectro de actitudes que varían desde ajustar el manejo médico según el nivel socioeconómico del paciente hasta incluso dejar la práctica clínica.¹²⁻¹⁹ Reportes de países desarrollados refieren en una revisión de expertos, que antes de 1960 las demandas a los médicos eran muy ocasionales; estudios actuales demuestran que uno de cada siete médicos es demandado cada año;²⁰ la mitad o más toma decisiones clínicas influidas por un "extremo" o un fuerte deseo de minimizar la posibilidad de ser demandado. La experiencia de ser demandado promueve las conductas defensivas a largo plazo.^{9,10}

Este círculo vicioso de temor distorsiona la conducta del médico, incluso incrementa la posibilidad de acciones legales subsecuentes. Los médicos que han sido demandados están menos dispuestos a discutir sus errores y prefieren mantenerlos en secreto o encubiertos.²¹ Así como el desconocimiento que entre la sociedad y la profesión médica se tiene por la responsabilidad profesional,²²⁻²⁵ son múltiples las causas de la medicina defensiva, la primera y fundamental es el establecimiento de una relación médico-paciente sin la confianza necesaria; el rápido incremento en el costo de la asistencia médica, el creciente número de personas sin seguridad social, las deficiencias estructurales del sistema de salud y la cultura del litigio impulsada por algunos grupos de abogados, entre otros.^{26,27} Estas últimas circunstancias enumeradas son el justificante para la desconfianza.²⁸⁻³¹

En algunos países la prevalencia de prácticas defensivas es muy alta, se reporta que alcanza hasta 98 % de los médicos en algunas regiones y representa 20 % del costo final de la

atención médica.⁷ Algunos cálculos indican que los costos alcanzan hasta 50 billones de dólares por año en Estados Unidos de América.³² Por tanto, con la finalidad de sustentar acciones y propuestas que combatan la medicina defensiva, se planteó la necesidad de analizar el comportamiento de este fenómeno en nuestro país.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo de naturaleza exploratoria, con el objeto de estimar la dimensión del problema de la medicina defensiva en México, para el cual se diseñó una encuesta piloto de autoaplicación.

A partir de un universo constituido por 135,477 médicos que ejercían en nuestro país en el año 2002,³³ se calculó un tamaño de muestra de 706 cuestionarios, representativa del ámbito nacional con un índice de confianza de 95 % y un error máximo aceptable de 5 % ($p < 0.05$).³⁴

El instrumento de investigación social sobre el comportamiento asociado a medicina defensiva se aplicó a los médicos durante su asistencia a congresos, conferencias y diversos foros académicos, en diferentes entidades del país, antes de iniciar la presentación e independientemente del tema de la ponencia.³⁵ Se les entregó la encuesta, que expresa los motivos y alcances así como una explicación verbal a cada grupo.

La encuesta piloto sobre actitud constó de dos secciones: la primera de aspectos sociodemográficos como sexo, edad, ciudad de residencia, años de experiencia profesional y el sector de ejercicio de la medicina, la universidad donde se realizaron los estudios de pregrado y, en su caso, de postgrado, especialidad, certificación y grado obtenidos. La segunda parte consistió en 17 reactivos tipo Likert sobre actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva, de acuerdo con lo referido en la literatura mundial. Se incluyeron dos distractores (preguntas 3 y 16 del cuadro I). Por tanto, 15 preguntas exploraron el nivel de acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la medicina defensiva, estableciendo categorías y grados de asociación con diferentes prácticas defensivas de los médicos mexicanos.

Los tres reactivos centrales que establecen la categorización de acuerdo con las conductas defensivas son las preguntas 2, 5 y 10 del cuadro I:

- *Frecuentemente siento temor a ser demandado.* Indica la percepción del riesgo personal que se denota con una actitud. *Actitud* es la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente. El reactivo hace referencia a que el encuestado percibe una situación y responde ante ella con temor, por negativa y amenazante para sí mismo.

- *Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos.* Este reactivo señala una conducta preventiva de orientar la toma de decisiones para evitar conflictos. La toma de decisiones es un acto del sujeto como respuesta a las diferentes situaciones ambientales. Puede ser una conducta general o una adaptación específica.
- *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. *Concienciación* es la acción de adquirir conciencia de algo. *Conciencia* es una capacidad humana que nos permite reconocer la realidad y reconocernos como parte de esa realidad. Involucra además un conocimiento reflexivo que permite hacer juicios: bueno o malo, verdadero o falso, por ejemplo.

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*. La aceptación de la práctica defensiva se dispuso en grados, de acuerdo con el número de reactivos que se respondieron afirmativamente:

- *Medicina defensiva incipiente:* una de las preguntas centrales con respuesta afirmativa, sin importar cuál.
- *Medicina defensiva evidente:* dos preguntas con respuestas afirmativas.
- *Medicina defensiva manifiesta:* tres preguntas con respuestas afirmativas.

Los diez reactivos restantes, catalogados como acciones neutras, indican o exploran conductas que no se consideran intrínsecamente como defensivas o no defensivas,⁹ por lo que se examinó su relación con las preguntas centrales, lo que determina su sentido (cuadro II).

Los datos fueron capturados en una hoja electrónica del programa Excel 2000, construida para este propósito; el análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo con SPSS versión 10.1, estableciendo la significancia en $p < 0.05$.

Resultados

Se aplicaron 706 cuestionarios, de los cuales se eliminaron 93 por contener menos de 75 % de los datos o por haber sido contestados por profesionales de la salud no médicos. De los 613 médicos cuya encuesta fue incluida en la muestra, 72.1 % (442 encuestas) perteneció al sexo masculino y 27.9 % al femenino (171 encuestas); la edad de los encuestados osciló entre 23 y 60 años, siendo el intervalo de edad más frecuente entre los 41 y 50 años. La experiencia profesional fluctuó entre 1 y 40 años; 34.3 % (210 encuestas) correspondió al intervalo entre 11 y 20 años.

El nivel de estudios de los encuestados se distribuyó de la siguiente manera: 323 especialistas (52.7 %), 165 con licenciatura (26.9 %), 33 con estudios de postgrado en áreas administrativas o de investigación (5.4 %) y en 92 casos (15 %) no se especificó el dato. De los encuestados, 78.9 % (484 casos) residía en alguna entidad federativa, 123 (20.1 %) en el Distrito Federal y en el resto (1 %) no se tuvo el dato.

Cuadro I. Reactivos que integran la encuesta sobre medicina defensiva

Dadas las tendencias actuales de la práctica de la medicina, en mi ejercicio profesional:

1. Utilizo mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones.
2. Frecuentemente siento temor a ser demandado.
3. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos.
4. Evito emplear procedimientos de alto riesgo.
5. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos.
6. Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo.
7. Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia.
8. Evito atender pacientes con situaciones de urgencia.
9. Al tomar las decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible.
10. He modificado mi práctica para evitar ser demandado.
11. Evito atender pacientes graves o complicados.
12. Documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente.
13. Proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas.
14. En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones.
15. Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes.
16. Me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes.
17. Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención.

Cuadro II. Validación de las preguntas centrales como eje para discriminar médicos defensivos y no defensivos

Reactivo	No defensivos	Defensivos	Total
Evito atender pacientes con situaciones de urgencia	135 (22.0 %)	313 (51.1 %)	448 (73.1 %)
Evito atender pacientes graves o complicados	111 (18.1 %)	291 (47.5 %)	402 (65.6 %)
Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo	52 (8.5 %)	223 (36.4 %)	275 (44.9 %)
Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes	21 (3.4 %)	143 (23.3 %)	164 (26.8 %)
Al tomar las decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible	31 (5.1 %)	132 (21.5 %)	163 (26.6 %)
Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia	27 (4.4 %)	114 (18.6 %)	141 (23.0 %)
Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención	26 (4.2 %)	115 (18.8 %)	141 (23.0 %)
Evito emplear procedimientos de alto riesgo	12 (2.0 %)	94 (15.3 %)	106 (17.3 %)
Utilizo mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones	5 (0.8 %)	59 (9.6 %)	64 (10.4 %)
En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones	2 (0.3 %)	23 (3.8 %)	25 (4.1 %)

Manifestó estar certificado o recertificado 32.2 % (197 encuestados); 218 encuestados (35.6 %) ejercían en la medicina privada, 182 (29.7 %) en instituciones públicas, 82 (13.4 %) en la seguridad social, y en 21.3 % no se tuvo el dato.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) de acuerdo con el sexo, ya que aceptó realizar prácticas defensivas 73.7 % de los hombres y sólo 26.3 % de las mujeres. En el resto de variables sociodemográficas los resultados no fueron estadísticamente representativos, por no haberse diseñado la muestra en forma estratificada.

Doscientos treinta y siete médicos (38.7 %) resultaron no defensivos al marcar negativas las tres preguntas centrales, mientras que 376 restantes (61.3 %) presentaban algún grado de práctica defensiva pues respondieron afirmativamente al menos a una de las tres preguntas centrales.

De los reactivos incluidos como distractores: *mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos y me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes*, como era de esperarse no tuvieron diferencia significativa entre médicos defensivos y no defensivos ($p > 0.05$).

Otras conductas exploradas que refuerzan la medicina defensiva son los reactivos *evito atender pacientes con*

situaciones de urgencia (73.1 % del total de encuestados), *evito atender pacientes graves o complicados* (65.6 %) y *sólo empleo procedimientos de bajo riesgo* (44.9 %), fueron las tres más frecuentes.

Las frecuencias totales de cada conducta evaluada se enlistan en frecuencias globales y comparativas en el cuadro II.

Se encontró una diferencia significativamente estadística ($p < 0.05$) entre médicos defensivos y no defensivos, con mayor proporción de las conductas investigadas, lo cual da validez a las preguntas centrales como eje para discriminar los médicos defensivos de los no defensivos (figura 1).

No se encontraron diferencias significativas entre los médicos defensivos y los no defensivos en los reactivos *documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente* (4.4 %) y *proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas* (4.7 %).

De los 376 encuestas consideradas como médicos defensivos, los grados se distribuyeron de la siguiente manera: incipiente, 159 encuestas (42.3 %); evidente, 160 encuestas (42.5 %); manifiesta, 57 encuestas (15.2 %).

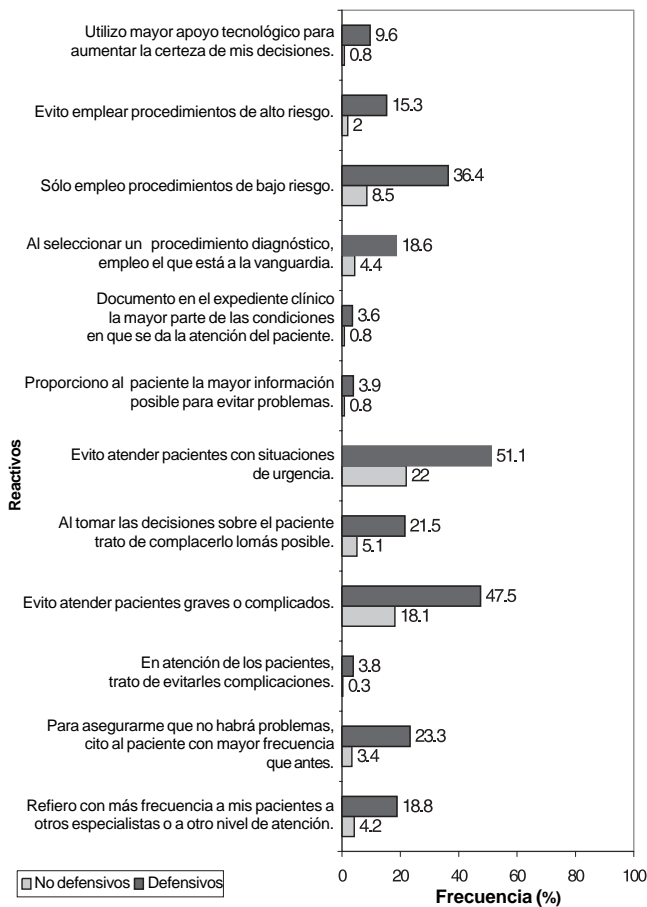


Figura 1. Comparación de conductas entre médicos defensivos y no-defensivos (n = 613).

Medicina defensiva incipiente

Como ya se mencionó, bajo este concepto se agrupó a los médicos que contestaron afirmativamente sólo una de las tres preguntas centrales, lo que representó 42.3 % (159 encuestas) de los médicos considerados como defensivos en algún grado. En este grupo se encontró que 80 médicos (21.3 % del total de médicos defensivos) solamente percibían temor a ser demandados sin desarrollar ninguna otra modificación de actitud o conducta; 29 (7.8 %) tomaban decisiones con la intención de evitar conflictos y 50 (13.3 %) eran claramente conscientes de que habían modificado su práctica para evitar demandas.

Medicina defensiva evidente

Corresponde a los médicos que respondieron positivamente dos respuestas y en quienes se analizó dicha asociación de repuestas, resultando que 160 encuestados (42.5 % del total de médicos defensivos) respondieron afirmativamente dos preguntas centrales. Cerca de la tercera parte (114 encuestas) refi-

rió temor a las demandas y haber modificado su práctica; 7.5 % (28 encuestas) tomaba decisiones para evitar conflictos y había modificado su práctica; 4.7 % (18 encuestas) reconoció temor a las demandas y tomar medidas para evitar conflictos.

Medicina defensiva manifiesta

En este grado se clasificó a los médicos que respondieron positivamente a las tres preguntas centrales. Se encontró que 57 encuestados (15.1 %) llevaban a cabo las tres acciones.

Discusión

La medicina defensiva, cuya existencia se advierte desde la década de los sesenta, fue reconocida por vez primera como un problema para los servicios de salud a principios de los años noventa por el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, que a través de su Oficina de Aseguramiento de la Tecnología realizó un estudio para identificar este problema, sus dimensiones, costos y propuestas de prevención o modificación.⁷

Los resultados arrojaron datos que llevaron a ese país a revisar el funcionamiento de su sistema de salud. Según un diagnóstico de la Asociación Médica Americana, la obstetricia y la neurología son especialidades que ya no se ofertan en varios estados de la Unión Americana debido a dos factores:

1. Los elevados costos de los seguros de responsabilidad médica.
2. El alto índice de demanda que sufren.³⁶

Esta situación ha provocado incrementos en el costo de la atención médica, porque es necesario trasladar a los hospitales más cercanos de estados vecinos a los pacientes que requieren atención por parte de esos especialistas.³⁷ Otra situación reportada en 1994 destaca que la realización de estudios de laboratorio y gabinete no justificados tenían repercusiones de varios millones de dólares en la atención del paciente, llegando hasta casi 20 % del costo total de atención en salud en el estado de Texas en ese año.⁷ A partir de este reporte varios países han comenzado a identificar que el problema no es exclusivo de ese país, ni siquiera de países desarrollados cuya cultura litigiosa es mayor que en los países en desarrollo.³⁸⁻⁴²

Los hallazgos del presente estudio mantienen una tendencia similar a lo publicado en Inglaterra en 1995, donde se refiere una primera encuesta que buscaba identificar prácticas defensivas en los médicos generales. En ella, 80.6 % de los encuestados declaró sentir preocupación por ser demandados algunas veces o frecuentemente, y 98 % dijo realizar cambios en su práctica profesional en respuesta a una posible inconformidad de los pacientes.⁹ Comparando estas cifras con nuestros resultados, se observó que la actitud o predisposi-

ción aprendida para responder consistentemente sobre el fenómeno de la medicina defensiva, considerando que las actitudes están relacionadas con el comportamiento que se hace referencia y que debe interpretarse como síntoma, la cifra es alarmante cuando lo asociamos a que se presenta en 15.2 % de los médicos de la muestra que respondieron afirmativamente.

Es necesario destacar que 61 % de los encuestados presentó algún grado de conductas relacionadas con la medicina defensiva, si bien su prevalencia en México apenas alcanza la cuarta parte del nivel vivido en países anglosajones.⁷⁻¹⁰ Dichos datos son comparables en nuestra encuesta, donde sólo 21.3 % de los médicos defensivos reconoció sentir temor a ser demandados y 21.1 % aceptó tomar decisiones con la intención de evitar conflictos o haber modificado su práctica para evitar demandas. Por lo anterior, consideramos necesario efectuar estudios que determinen el grado en cada uno de los niveles de atención y desarrollar actividades tendientes a evitar el crecimiento de este fenómeno poco ético en su accionar y que eleva los costos de la atención, en un país cuyos recursos para la atención son de los más bajos de Latinoamérica, que sumado al aumento en la solicitud de estudios de laboratorio, gabinete o tratamientos no indicados, pondría en serio riesgo la viabilidad del sistema, así como el desarrollo del resto de las conductas defensivas, afectando en mayor proporción a los pacientes más desprotegidos socialmente.

Un hallazgo preocupante fue que no se encontraron diferencias significativas entre los médicos defensivos y los no defensivos en los reactivos *documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente* (4.4 %) y *proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas* (4.7 %), que evalúan la orientación del profesional a mejorar la comunicación interpersonal y escrita durante el acto médico, conductas deseables para fortalecer la relación médico-paciente y poco frecuentes en la muestra.

Aunado a esto, es importante recordar que la medicina es una profesión cuyas raíces son fundamentalmente humanistas; la vocación de servicio por el bien del paciente es la esencia de la medicina, de aquí que ofertar un servicio como el del conocimiento médico no pueda partir del enfoque que el profesional va a defenderse en primera instancia del solicitante del servicio.³⁻⁵ Es cierto que la relación médico-paciente se ha visto afectada por innumerables circunstancias y factores, pero es momento de retomar las bases humanísticas y utilizar el avance tecnológico como la herramienta que nos permita interactuar mejor con nuestro paciente, proponerle los procedimientos, alternativas y riesgos a que se verá sometido, y tomar en cuenta su visión, necesidades y vivencias para elegir lo mejor en cada caso, en conjunto con el paciente para recuperar esta esencia humanística, bajo un modelo de trabajo deliberativo donde se vea privilegiada la comunicación humana.^{43,44}

La experiencia cercana a una demanda, que involucre directamente al médico o a uno de sus colegas cercanos, promueve las conductas defensivas a largo plazo, como se registró en el estudio de Passmore.¹⁰

Este círculo vicioso de temor distorsiona la conducta del médico a tal punto que incluso incrementa la posibilidad de acciones legales subsecuentes. Los médicos que han sido demandados están menos dispuestos a discutir sus errores y prefieren mantenerlos en secreto o encubiertos.

Lo anterior tiene una explicación: las conductas humanas, al ser intra e intersistémicas, afectan al hombre como un todo.^{44,45}

Estamos ante un problema cuya resolución tiene sus raíces profundamente incrustadas en la educación como componente principal, pero también ante la necesidad de desarrollar mayor profundidad e identidad propia en nuestra medicina mexicana, donde las influencias externas no sean tan marcadas, merced a la transculturización de dos graves problemas de la medicina norteamericana: la medicina defensiva y las demandas médicas, en niveles por el momento no trascendentes, pero con una posibilidad de crecimiento a niveles no controlables, en donde el sistema de justicia va a desarrollar un papel primordial al dar ingreso a esas quejas y concluir los casos con fallos no basados en cuestiones técnico-éticas sino en otros puntos menos tangibles, es decir, sin considerar la *lex artis médica ad hoc* ni las evidencias.⁴⁶

En una revisión reciente del problema de las demandas médicas, Kereiakes y Willerson plantean que en el corazón de la crisis de demandas por mala práctica aparece un sistema legal sin adecuados controles. Una investigación en residentes de subespecialidad ha llegado al extremo de indicar que uno de cada cuatro no ejercerá la medicina debido a la mayor preocupación en este aspecto: 62 % se relaciona con los problemas de mala práctica, lo que entre otros puntos lleva a concluir a los autores que la preocupación a la demanda médica afecta los programas de formación de residentes; que existen múltiples factores que llevan a un paciente a demandar a su médico, particularmente los relacionados con la mala comunicación médico-paciente, así como con la falta de expresión de la compasión y preocupación por el enfermo.³⁶

Por otra parte, otros estudios demuestran que la valoración médica ante la necesidad de un procedimiento se correlaciona más con la utilidad de los resultados que con la preocupación de una demanda médica.^{37,38} Lo que desde luego contradice el planteamiento que la misma Oficina de Evaluación de la Tecnología de Estados Unidos realizó en un primer estudio sobre medicina defensiva, en donde su conclusión ha permitido el desarrollo de la definición de medicina defensiva, ya mencionada.⁶ Por tanto, habrá que profundizar más ya que en otro estudio Charles encontró en Chicago que 68 % de los médicos demandados y 60 % de los no demandados, reportaron ordenar más pruebas diagnósticas de lo que el juicio clínico sugiere, todo con la finalidad de evitar demandas.⁴⁷

Todo lo anterior plantea un grave problema con muchas ramificaciones cuyas raíces se infiltran profundamente en la conducta de los médicos, lo que vuelve impostergable enfrentarlo antes que se convierta en un problema con costos insostenibles para un país en desarrollo como el nuestro.^{1,3-6} Si el costo de gastos que genera la medicina defensiva en México fuese similar al de países desarrollados, repercutiría en 20 % del presupuesto asignado a salud, poniendo en riesgo la estabilidad del sector.^{5,7,8,10,13,14,16,21}

Es primordial el desarrollo de cursos de formación de médicos de pre y postgrado sin un enfoque defensivo, en donde el jefe de enseñanza y los adscritos deberán predicar con el ejemplo.⁴⁸

No podemos negar la presencia de intereses económicos importantes relacionados con este tipo de medicina, en donde la industria farmacéutica, los laboratorios de análisis clínicos y de gabinete, desempeñan un papel fundamental con los porcentajes que entregan al médico en relación con el número de estudios solicitados (dicotomía), conducta con profundas relaciones éticas y que debiese ser evitada en este enfoque.^{21,48}

El contar con una opción que permite el análisis de las inconformidades por expertos conocedores del acto médico es una alternativa que ayuda, al realizarse entre pares, al mejor razonamiento de las causas que generaron el conflicto y rompimiento de la relación médico-paciente, constituyéndose en la mejor opción para recomponer el tejido social, ya que lleva a la recuperación de las causas que afectaron a un sistema de atención a la salud que debe estar basado primordialmente en un enfoque humanista.^{2,6,22,35,44,46}

Conclusiones

Los resultados de la presente encuesta exploratoria, clasificados en tres diferentes grados, indicaron en general una frecuencia alta de actitudes orientadas hacia la práctica de la medicina defensiva en nuestro país. Los resultados, con tendencia superior a 60 % de manifestación de actitudes relacionadas con la medicina defensiva, permitieron caracterizar por primera vez un problema que se sospechaba era de regular magnitud y conocer la asociación entre diferentes actitudes y conductas encontradas en la práctica clínica cotidiana.

Ello abre la oportunidad de actuar antes de que los niveles se generalicen. Por tanto, las acciones por implementar no deben tardar en dar respuesta. Así mismo, para lograr niveles de conocimiento específico a instituciones o sectores profesionales seleccionados, se podrá aplicar el presente instrumento, el cual resultó suficientemente sensible ($p < 0.05$).

La importancia de desarrollar un instrumento con la suficiente sensibilidad para detectar y caracterizar este creciente fenómeno de la medicina defensiva, con el fin de adoptar medidas apropiadas para su control, ya era necesario en nuestro

país. Hoy es impostergable conocer estos datos para abordar el fenómeno y evitar su desarrollo. Con dichos datos se podrá influir y actuar tanto en el nivel de formación de los nuevos médicos como en las áreas relacionadas con la administración de los servicios de salud. Ello repercutirá fundamentalmente en la calidad de la atención brindada al paciente, y desde luego en los costos de atención, disminuyéndolos.

El problema de la medicina defensiva en nuestro país, si bien aún no es tan grave como lo reportado en otros países, debe alertar a trabajar en propuestas colegiadas y desarrolladas por todo el Sector Salud en conjunto con las agrupaciones médicas y de profesionales de la salud; nos encontramos en un momento en que es posible contender y evitar que se generalice.

No podemos permitir que este enfoque poco ético de la medicina defensiva influya en los programas de formación de los futuros médicos del país, por lo que consideramos que las universidades deben llevar a cabo los ajustes necesarios en sus programas académicos para prevenir desde el principio la práctica defensiva.

Es un deber profesional de cada médico participar en la recuperación del modelo humanista que tanto prestigio dio a la medicina mexicana en el mundo, en el cual médico y paciente tienen como base la confianza. Este enfoque favorece el desarrollo personal de ambos, y por consecuencia el crecimiento profesional del médico. Desde luego existen otros factores que provocan la inconformidad del médico ante su profesión y del paciente ante el trato que recibe, factores que deben ser estudiados y modificados para contar con mejores recursos humanos a favor de la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad. Lo anterior también implica el concurso de las instancias educativas de formación y control profesional de los abogados, así como la utilización de métodos alternos de solución de conflictos, para que disminuyan los costos y hagan expedita la resolución del conflicto con la opinión de los expertos, abatiendo la industria del litigio.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración en el presente trabajo de la Dra. Norma Juárez Díaz-González, así como del Dr. Manuel Campa, LEO Rebeca Victoria y la Psic. Cintia Rojano.

Referencias

1. Kessler D, McClellan M. Do doctors practice defensive medicine? *J Econ* 1996;111(2):353-390.
2. Mirallas MJA. Medicina defensiva y consentimiento informado en rehabilitación. *Rehabilitación* 2003;37(2):65-66.
3. Lifshitz A. En defensa de la clínica. *Acta Pediat Mex* 1999;20(4):165-167.
4. Campbell T. Medical interviewing and the biopsychosocial model. *Fam Pract* 1998;47(5):339-340.

5. McQuade JS. The medical malpractice crisis reflections on the alleged causes and proposed cures. *J R Soc Med* 1991;84:408-411.
6. Rivero-Serrano O. Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. *Rev CONAMED* 1999;3(13):7-11. <http://www.imbiomed.com/1/1/articulo=8113&id> (accesado el 21/07/2004).
7. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. *Defensive Medicine and Medical Malpractice*. OTA-H-602. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; July 1994.
8. Baldwin LM, Hart LG, Lloyd M, Fordyce M, Rosenblatt R. Defensive medicine and obstetrics. *JAMA* 1995;2674:1606-1610.
9. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995;310(6971):27-29.
10. Passmore K, Leung WC. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgrad Med J* 2002;78:671-673.
11. Cusack D. Ireland: breakdown of trust between doctor and patient. *Lancet* 2000;356:1431-1432.
12. Dubay L, Kaesner R, Waidmann T. The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *J Health Econ* 1999;18:491-522.
13. Amon E, Winn HN. Review of the professional medical liability insurance crisis: lessons from Missouri. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(6):1534-1538.
14. Borges W. Living in fear. Physicians face mounting liability insurance crisis. *Tex Med* 2002;98(5):34-40.
15. Rosenblatt RA, Detering B. Changing patterns of obstetric practice in Washington State: the impact of tort reform. *Fam Med* 1988;20(2):101-107.
16. Ladimer I. Alternative dispute resolution in health care. In: Sanbar SS, Gibofsky A, Fireston MH, Le Blang TR, eds. *Legal medicine*. 3rd. ed. St. Louis: CV Mosby & Co; 1995.
17. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *BMJ* 1998;319:1635-1637.
18. Drew P, Chatwin J, Collins S. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health care professionals. *Health Expectations* 2001;4:58-72.
19. Walter R, Kasperski J. The benefits of a trusting physician patient relationship. *J Fam Pract* 2002;50(4):329-331.
20. Palmisano D. Health care in crisis. *Circulation* 2004;109(24):2933-2935.
21. Birbeck GL, Gifford DR, Song J, Belin TR, Mittman BS, Vickrey BG. Do malpractice concerns, payment mechanisms, and attitudes influence test-ordering decisions? *Neurology* 2004;62(1):119-121.
22. Gracia GS, Laborda CE. Responsabilidad. En: De Lorenzo MR, coord. *Responsabilidad legal del profesional sanitario*. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario; 2000. pp. 173-280.
23. Tena TC, Sánchez GJ, Rivera CA, Hernández GL. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. *Rev Med IMSS* 2003;41(5):407-409.
24. De Lorenzo R. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Edicomplet; 2000. pp. 191-200.
25. Berger JE. Professional liability coverage for residents and fellows. *Pediatrics* 2000;106(3):605-609.
26. Sarmiento A. Complications and litigation. *Clin Orthop* 2004;(420):319-321.
27. Maughan PJ. Medical negligence and the law. *Br J Surg* 2001;88(7):899-900.
28. Segovia EJ. La medicina de la desconfianza. *SEMERGEN* 2003;29(7):384.
29. Grepperud S. Medical errors: responsibility and informal penalties. *Harvard Health Pol Rev* 2004;5(1):89-95.
30. Tracy TF Jr, Crawford LS, Krizek TJ, Kern KA. When medical error becomes medical malpractice: the victims and the circumstances. *Arch Surg* 2003;138(4):447-454.
31. Brasel KJ, Layde PM, Hargarten S. Evaluation of error in medicine: application of a public health model. *Acad Emerg Med* 2000;7:1298-1302.
32. Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med* 1999;159(20):2399-2402.
33. Secretaría de Salud (México). Directorio Sectorial de Unidades Médicas. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/Unidades_Medicas/DirUMb.htm
34. Hernández-Sampieri R, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología de la investigación*. 2ª ed. México: McGraw Hill; 1991. pp. 57-60.
35. Kerlinger FN, Lee HB. *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. 4ª ed. México: McGraw Hill; 2002. pp. 541-560.
36. Kereiakes DJ, Willerson J. Health care on trial: America's medical malpractice crisis. *Circulation* 2004;109:2939-2941.
37. Cline R, Pepine C. Medical malpractice crisis: Florida's recent experience. *Circulation* 2004;109:2936-2938.
38. Jourdan S, Rossi M, Goulding J. Italy: medical negligent as a crime. *Lancet* 2000;356:1268-1269.
39. Cusack D. Ireland: breakdown of trust between doctor and patient. *Lancet* 2000;356:1431-1432.
40. New Zealand Government. Available from public access computer systems at <http://www.moh.gout.nz> (accessed 02.18.04).
41. United Kingdom Health Department. Available from public access computer systems at <http://www.doh.gov.uk/dhhome.htm> (accessed 20.18.04).
42. Berger JE. Professional liability coverage for residents and fellows. *Pediatrics* 2000;106(3):605-609.
43. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-559.
44. Tena Tamayo C, Hernández Orozco F. *La Comunicación humana en la relación médico-paciente*. 1ª ed. Mexico: ed. Prado; 2004 (en prensa).
45. Martínez H, Moreno R. Análisis de algunos modelos de aprendizaje humano desde la perspectiva del patrón de acciones comparativas. *Rev Mex Analisis Conducta* 1995;21(1):67-91.
46. Lefevre FV, Waters TM, Budetti PP. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *J Law Med Ethics* 2000;28(3):258-266.
47. Charles SC, Wilbert JR, Franke KJ. Sued and nonsued physicians' self-reported reactions to malpractice litigation. *Am J Psychiatry* 1985;142:437-440.
48. Ruíz Reyes G. Ética y laboratorio clínico. *Rev CONAMED* 2001;10(21):2024.

