

# Demandas y medicina defensiva

Elena López Gavito

## Introducción

La medicina tiene un sitio muy alto de vulnerabilidad, tan elevado es que nosotros mismos lo pasamos por alto, por simple ignorancia o por no hacer frente a la realidad. Ningún profesionista tiene más riesgos profesionales y dilemas éticos que el médico: ninguno ¡y qué decir de las demandas! El médico es el personaje más susceptible de ser demandado judicialmente según las estadísticas.

En el proceso de la demanda médica, no hay nada que alarma más a un médico que un citatorio a un juzgado por motivos de una demanda. Cuando se recibe la noticia, el día completo y los días siguientes se arruinan. Una sensación de angustia se hace presente en todos los actos de la vida y el desasosiego de saber qué pasó y cuál fue el paciente que se inconformó de la atención médica.

El conflicto legal implica un cambio en la vida profesional en el que el médico recibe la aplastante realidad de una demanda en su contra. La reacción inicial es de negación. Se piensa: no puede ser para mí, debe existir un error, se equivocaron de médico y de nombre. En segundo lugar aparece la angustia como reacción de rebote y aparecen interrogantes como: ¿Qué me va a pasar? ¿Qué voy a perder? ¿Qué van a decir quienes me conocen? ¿De dónde voy a sacar para pagar el abogado de mi defensa?, etcétera.<sup>1,2</sup>

## ¿Cómo influyen los medios de comunicación?

Los medios de comunicación son un factor fundamental en la génesis de las demandas, múltiples publicaciones aparecen diariamente en los medios: periódicos, noticieros de radio y televisión, relacionadas con presuntos actos médicos que conllevan a la supuesta mala práctica. Dichas noticias sólo incrementan el morbo de la venta de los diarios o el rating en las cadenas televisivas.

Por otro lado, en nuestro país no existe un registro exacto del número de demandas en contra del profesional de la medicina. Pero lo que es una realidad es que las demandas se han incrementado hasta en un 500%, en relación con los diez años anteriores. Tenemos algunos indicadores, por ejemplo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) tiene documentado que

en los últimos tres años, se presentaron mil 896 casos de demandas civiles y penales en contra del personal médico de la Secretaría de Salud (SA) por actos de negligencia profesional comprobada, lo cual representó, en ese periodo, un desembolso de 45.8 millones de pesos para cubrir indemnizaciones.<sup>2</sup>

En el mes de junio del 2012. El Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa resolvió un total de 28 Juicios de Nulidad, derivados de quejas por la vía administrativa derivadas de responsabilidad profesional, cabe señalar que son resoluciones de "carácter definitivo", con 17 casos (60.7%) de sentencias y de carácter condenatorio 11 casos (39.3%). Sentencias absolutorias: Las especialidades médicas involucradas más frecuentemente fueron los Servicios de Urgencias, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia, comparativamente hace 3 años, sólo se daban de 1 a 2 casos por año.<sup>2</sup>

Otro antecedente importante es el incremento de los asuntos atendidos durante el 2011, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en sus diversas modalidades, de un total de 14,572 asuntos recibidos, se recibieron 6,225 orientaciones, 5,299 asesorías especializadas, 910 casos se resolvieron con una gestión inmediata y 1,789 casos correspondieron a quejas. Y de los 349 dictámenes solicitados por las autoridades judiciales fueron emitidos durante este ciclo (**Figura 1**).<sup>3</sup>

De las gestiones inmediatas concluidas, de un total de 916, 816 correspondieron a especialidades médicas y solamente 100 a medicina familiar.

De un total 1,794 de análisis de las quejas recibidas a través de la Comisión Nacional de Arbitraje en el 2011 (**Cuadro I**), 1,377 correspondieron al sector público y 417 al sector privado. Del análisis de las quejas recibidas del sector público, corresponde la cifra más alta al Instituto Mexicano de Seguro Social, con 1,252 quejas (cifra esperada porque esta institución tiene la mayor cobertura a nivel nacional), 160 casos a inconformidades del ISSSTE. De los pacientes atendidos en los hospitales de la Secretaría de Salud, se recibieron 116 quejas y 22 correspondieron a PEMEX.

Como se puede constatar en el cuadro de las quejas concluidas por modalidad, llama la atención que 458

Asociación Mexicana de Cirugía General.

Recibido para publicación: 25 julio 2012

Aceptado para publicación: 13 agosto 2012

Correspondencia: Dra. Elena López Gavito

Av. Rafael Buelna s/n local 319-c, Colonia Las Cruces, 82000, Mazatlán, Sinaloa.

Tel: (669)984-6604 y (669)984-2999

E-mail: elopezgavito@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicgraphic.com/cirujanogeneral>

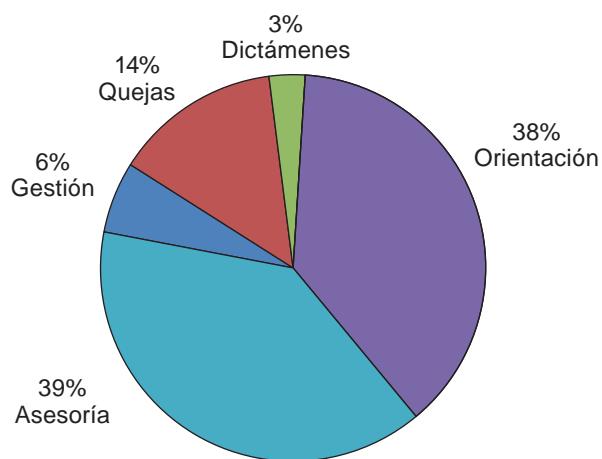


Fig. 1. Asuntos atendidos durante el 2011 en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en sus diversas modalidades.

Cuadro I. Análisis de las quejas recibidas a través de la Comisión Nacional de Arbitraje en el 2011.

Quejas concluidas por modalidad Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2011	
Modalidad	Total
Total	1,794
Conciliación	975
Aclaración aceptada	636
Desistimiento de la acción	08
Transacción	331
Laudo	71
Absolutorio	24
Condenatorio	47
No conciliación bajo audiencia	458
Propuesta de arreglo en amigable composición	0
Falta de interés procesal	282
Sobreseimiento	8
Improcedencia	1
Improcedencia por falta de materia conciliatoria	0
Improcedencia por prescripción	0
Por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de la salud	6
Por falta de legitimación procesal	1

casos no fueron conciliados bajo audiencia, cifra que se consideró muy elevada, tomando en cuenta que la conciliación representa un beneficio para ambas partes en este medio alternativo para la resolución de los conflictos.<sup>3</sup>

A manera personal, les comentó que esto puede deberse al perfil humano que debe reunir el del conciliador y a sus habilidades para conducirse, por un lado, en la audiencia, y por otro lado, generar confianza del personal de salud para acudir a resolver sus controversias en esta instancia. Yo soy una convencida que se deben fortalecer los medios alternos para la resolución de los conflictos.

Cuadro II. ¿Cuáles son las razones que influyen en la génesis de los conflictos?

- El consumismo, “la salud como un servicio”
- La calidad de los servicios prestados por parte de los médicos
- La pérdida de la relación médico-paciente
- Seguros de “responsabilidad profesional”
- Medios de comunicación
- La proliferación de facultades de medicina
- Las modificaciones en la estructura y organización: Sistema Nacional de Salud. Sistema de Seguridad Social en Salud, por ejemplo
- Papel de los terceros pagadores “aseguradoras”

entre el personal de salud y los usuarios. Agotarse antes de que se opte por un medio judicial.

### Génesis de los conflictos

La pregunta obligada es: ¿Por qué surge la medicina defensiva? (Cuadro II). En primer lugar, los enfermos tienen un mayor acceso a la información disponible y exigen al médico el respeto irrestricto a sus derechos y la realización de estudios sofisticados y de tecnología de punta, que han escuchado que son el último grito de la moda e infalibles, aun sin tener una justificación médica y de no hacerlo, surge inconformidad y quejas.

Insatisfacción por resultados inesperados, falta de información, atención parcial, tardanza en la atención médica y la falta de recursos en las instituciones del sector salud.

La fricción del personal de salud con la familia. El trato de “cliente” al paciente ahora se le llama usuario. Hoy más que nunca, la relación médico-paciente se encuentra deteriorada por diversos factores, entre los que destaca la demanda que ha propiciado la práctica de la medicina defensiva, actitud que en muchos países ha demostrado ser inapropiada, costosa y poco ética.

¿Cuándo surgió la medicina defensiva? En los Estados Unidos y Europa, a partir de 1960, comienza a identificarse una práctica de la medicina defensiva, justificando su presencia en el incremento de las demandas en contra de los médicos se creía que el avance tecnológico y científico debían resolverlo todo. Tancredi es el primero en utilizar el término en 1978; la define como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica.

La medicina defensiva cuya pretensión es protegerse de las demandas, es considerada falta de ética. Ya que el objetivo primordial se debe centrar en el beneficio del paciente y no de la protección al propio profesional de la medicina, ya que implica el costo desorbitante para el sistema de salud, que tristemente se ha ido incrementando año con año.

La medicina defensiva hace más grande la distancia entre el médico y sus pacientes. Para revertir en nuestro país el efecto nocivo de dicha práctica y combatir sus efectos, que vician la comunicación entre el médico y el paciente, se propone que los médicos lleven a la prá-

tica acciones que permitan renovar en sus consultas la esencia de la medicina humanista y se restaure la relación. Estas actitudes, en su conjunto, conforman una propuesta de práctica profesional denominada medicina asertiva.<sup>6</sup>

Otro inconveniente que plantea es que ocasiona el retraso en la toma de decisiones: postergar la atención del enfermo para los turnos subsecuentes (especialmente en los casos de enfermos complicados o con familiares demandante), diferimiento que conlleva a la progresión de la enfermedad a estadios irreversibles. Algo alarmante es el alto costo:

- En 2011, el costo de la medicina defensiva en EUA, otorgó en compensaciones por daños la cantidad de 650-850 mil millones USD.
- En una muestra de diferentes especialistas en medicina, se revisó las compensaciones de un total de 19,000 pacientes en ese año, que fue de 31,000 USD.
- Del monto total, los pacientes recibieron el 20%, mientras que los abogados y otras personas obtuvieron el 80%.

Por el contrario, ser asertivo implica tener este tipo de actitudes: seguridad, respeto y buena comunicación.

La práctica de la medicina asertiva favorece la confianza del paciente y facilita la buena relación médico-paciente. Asertivo, según el Diccionario de la Real Academia Española, significa afirmativo, el que afirma con certeza algo. Lange plantea que la asertividad implica la expresión y defensa de los derechos y opiniones en forma honesta, directa y apropiada, sin violentar los derechos de los demás, basándose en el respeto y en la comunicación.<sup>5</sup>

El ingrediente principal de la atención médica es la comunicación, que aunado al apego a la *Lex artis ad hoc* (desarrollo científico, humano y aspectos éticos), por un lado, el análisis de costo-beneficio, el respeto a los derechos y a la autonomía del paciente y, por el

otro, el respeto a los derechos del médico. No concibo una práctica sana de la medicina si no existe este equilibrio.

En términos claros, acuñados para el ámbito de la comunicación, la asertividad es una parte de la comunicación del individuo que le permite garantizar que los mensajes que transmite son lo suficientemente claros y directos, expresando lo que cree, siente y piensa de manera directa en el momento oportuno, para evitar una interpretación inadecuada.

*En resumen, deben realizarse cuatro acciones:* 1) mantener una educación continua que permita tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad, sin temor a un resultado inesperado; 2) respetar los derechos de los pacientes; 3) exigir que se respeten sus derechos como médicos, y 4) mantener una adecuada comunicación con los pacientes y sus familiares.

“Si se actúa de esta manera, en lugar de medicina defensiva se practicará la medicina asertiva”.

## Referencias

1. Guzmán-Mora F. *Derecho médico: el impacto psicológico de una demanda sobre el médico*. Disponible en: <http://www.encolombia.com/heraldo2322801derecho.htm>
2. Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa. Junio 2012.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional. Disponible en: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)
4. Tena TC y Sánchez GJM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73: 553-559.
5. Lange NP, Jakubowaki PA. *Assertive behavior and clinical problems of women*. In: Alberti RE (ed). *Assertiveness: Innovations, applications, issues*. California: Impact; 1976: 415-417.
6. Archive for “Defensive Medicine Costs”. Apr 2012. Surveys. Jackson Healthcare and Gallup. Available in: <http://www.jacksonhealthcare.com/media-room/news/gallup-release-v2.aspx>
7. Zurita NR. Estado actual de las demandas. *Cir Gen* 2011; 33 (S2): 141-146.