



Medicina defensiva

Alberto Lifshitz

La evolución de la sociedad y las circunstancias de la práctica médica han propiciado en algunos casos las desconfianzas mutuas en la relación médico-paciente. Si bien en el modelo hipocrático se identifica como una relación paternalista en la que el médico toma decisiones por el paciente y en su beneficio, han surgido una serie de modelos alternativos en los que ya el profesional no es el dueño de tales decisiones. El modelo paternalista, tanto en su variedad autoritaria como en la afectuosa, se sustenta en valores del propio médico y no en los del paciente, de manera que éste puede no sentirse representado por quien lo atiende. Los modelos adicionales incluyen, entre otros, el contractual y el mercantil; en el primero se acepta, aunque sea de manera implícita, que cada quien, médico y paciente, tienen obligaciones y que si alguno de ellos falla el otro tiene derecho a reclamarle, mientras que en el modelo mercantil el médico vende un servicio y el paciente lo compra con todos los derechos y las reglas del consumidor.

El cambio social que se vive en los albores del siglo XXI no solo ha multiplicado los modelos de relación médico-paciente sino que ha propiciado un cambio en el comportamiento de los pacientes; ahora cuestionan, desconfían, reclaman, se quejan, demandan, se organizan, litigan. En algunos países esta conducta ha propiciado auténticas dificultades de comunicación y ha vuelto necesario que los colegas médicos reaccionen en consecuencia. Si bien la conducta profesional más recomendable sería la de arraigarse en principios y valores de la profesión y trabajar a favor de la comunicación eficaz con los pacientes, lo cierto es que en muchos ámbitos se ha optado

por prepararse para enfrentar eventuales demandas y reclamaciones, con lo que surge la medicina defensiva. Ésta se ha definido como “el empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas” o como “los cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional”. En otras palabras, el propósito principal del acto médico ya no es ayudar a mantener o recuperar la salud del paciente, sino a prepararse para contender contra los reclamos futuros. También se considera medicina defensiva la de evitar pacientes de alto riesgo para no caer en responsabilidades (medicina defensiva negativa).¹

Hay un diferencial de riesgos según la especialidad, de tal modo que las tendencias hacia la medicina defensiva varían; los que más riesgo tienen son los cirujanos y los que menos pediatras y psiquiatras.²

Esta conducta es hoy en día suficientemente generalizada como para significar un cambio relativamente característico de la época. Al haber aumentado las quejas y los juicios contra los médicos se ha propiciado una nueva forma de proceder, alentada por gestores y personas interesadas en promover el conflicto y por quienes viven de él. En algunos países uno de cada cinco médicos ha sido sometido a un proceso legal y hasta 70% realizan una medicina defensiva; en México cada vez son más los profesionales que optan por esta idea. Se calcula que 34% de los costos de la atención médica se deben a la medicina defensiva y que 35% de las pruebas diagnósticas, 29% de los exámenes de laboratorio, 19% de las hospitalizaciones, 14% de las prescripciones y 8% de las intervenciones quirúrgicas obedecen a una medicina defensiva.³ Sánchez-González y sus colaboradores⁴ hicieron una encuesta entre médicos mexicanos en la que se observó ya una orientación considerable hacia la medicina defensiva. En el cuadro 1 se

Cuadro 1. Reactivos que integraron la encuesta sobre medicina defensiva

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

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

pueden ver las preguntas que formaron parte de la encuesta y que ayudan a definir a la medicina defensiva.

El tipo de medicina defensiva que practican los médicos se ilustra en el cuadro 2, según Catino.⁵

Cuadro 2. Conductas defensivas

POSITIVAS

- Más pruebas diagnósticas que las necesarias.
- Procedimientos invasivos innecesarios (p. e. biopsias).
- Tratamientos innecesarios.
- Medicamentos no estrictamente necesarios.
- Hospitalización cuando se podrían atender ambulatorios o en casa.
- Referencia innecesaria a un especialista.
- Notas en el expediente que en otras circunstancias no se harían.

NEGATIVAS

- Evitar procedimientos riesgosos en pacientes que se podrían beneficiarse de ellos.
- Exclusión del tratamiento de pacientes riesgosos.

Las consecuencias de una práctica defensiva de la medicina sólo benefician a los gestores y los abogados, pero no a los pacientes, a los médicos o a la sociedad. Acaso a quienes realizan pruebas complementarias de laboratorio o imágenes puede aumentarles el trabajo. Los argumentos que fundamentan esta afirmación incluyen los siguientes:

1. Los costos de la atención médica se incrementan en la medida en que se hacen estudios que no son necesarios para atender mejor a los pacientes.
2. Los riesgos para los pacientes también se incrementan en la medida en que cada procedimiento los implica.
3. Se prescriben medicamentos innecesarios, se hacen estudios no indispensables, se incrementa la referencia a especialistas, se cita en exceso a los pacientes.
4. Al aumentar el número de pruebas aumenta la probabilidad de falsos positivos y cada uno de ellos obliga a más estudios adicionales.
5. Se saturan los servicios de estudios complementarios con pacientes que no necesitarían ser atendidos allí en detrimento de quienes sí lo requieren.
6. Se fomenta la desconfianza entre médicos y pacientes y se contribuye a la práctica impersonal, contractual y mercantil.

Si se considera la medicina defensiva pasiva lo cierto es que la condición es mucho más frecuente de lo que se pensaba. Las soluciones no parecen sencillas pero parecen estar más en el ámbito de las tradiciones médicas que en el de la beligerancia.

REFERENCIAS

1. US Congress, Office of Technology Assessment: Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H-602 (Washington DC. US Government Printing Office, July 1994).
2. Jena AB, Seabury S, Lkdawalla E, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med 2011;365:629-636.
3. Hettrich CM, Mather RC, Sethi MK y col. The costs of defensive medicine. AAOS 2010. Aaos.org.
4. Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo EM, Hernández-Gamboa LE, Rivera-Cisneros AE. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Cir 2005;73:199-206.
5. Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation. Safety Med Sci Mon 2011;15:4.