

Medicina defensiva en un Hospital General Regional

Sergio Emilio Prieto-Miranda,* María del Pilar Valdepeña-Ramírez,** Mario Mora-Sota,*** Carlos Alberto Jiménez- Bernardino****

RESUMEN

Antecedentes: la medicina defensiva, como parte de la práctica médica, se ha estado ejerciendo con o sin el conocimiento de muchos profesionistas. Los avances tecnológicos, los derechos humanos de los pacientes, el consentimiento informado, el acceso libre a la información médica, y la falta de profesionalismo médico, quizás estén participando como factores condicionantes de esta práctica. **Objetivo:** determinar la frecuencia de la práctica de medicina defensiva en médicos especialistas de un hospital de segundo nivel de atención.

Material y método: estudio transversal que consistió en la aplicación de una encuesta para conocer el nivel de medicina defensiva en médicos especialistas del Hospital General Regional 46 Lázaro Cárdenas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Guadalajara, Jalisco, que aceptaron participar en el estudio. El protocolo fue previamente autorizado por el comité de investigación y ética del hospital.

Resultados: se encuestaron 246 (83%) médicos, 49 (17%) no aceptaron participar. La relación por género fue de 146 (59%) hombres y 100 (41%) mujeres. La práctica de la medicina defensiva se encontró en diferentes niveles en 177 (72%) de los encuestados. Las especialidades con mayor práctica de medicina defensiva fueron: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina de Urgencias, Pediatría, Traumatología y Ortopedia. La práctica de la medicina defensiva predominó en médicos recién egresados y con certificación por el colegio de su especialidad.

Conclusión: la práctica de la medicina defensiva es común en médicos especialistas que laboran en un hospital general regional, y sus efectos aún se desconocen.

Palabras clave: medicina defensiva, médicos especialistas, certificación.

ABSTRACT

Background: Defensive medicine, as part of medical practice, seems to be exercised with or without the knowledge of many professionals. Technological advances, patient's human rights, informed consent, free access to medical information and lack of medical professionalism, probably are participating as conditional factors to this practice.

Objective: To determine the frequency of the practice of defensive medicine in medical specialists of a hospital of second level of attention.

Materials and methods: Cross-sectional, descriptive study. We applied a survey to know the level of defensive medicine in medical specialists of the Regional General Hospital 46 "Lázaro Cárdenas" from the Mexican Institute of Social Security in Guadalajara, Jalisco, Mexico. That agreed to participate in this study. The Investigation and Ethics committee of the hospital previously authorized the protocol.

Results: We surveyed 246 (83%) of all hospital doctors, 49 (17%) declined to participate. The gender ratio was 146 (59%) men and 100 (41%) women. The practice of defensive medicine was found at different levels in 177 (72%) of the surveyed physicians. Specialties with more defensive medicine practice were Obstetrics and Gynecology, Internal Medicine, Emergency Medicine, Pediatrics and Orthopedics and Traumatology. The practice of defensive medicine prevailed in recent medical graduates certified by the college of his specialty.

Conclusion: The frequency of defensive medicine is common in medical practice in a Regional General Hospital, and whose effects are still unknown.

Key words: defensive medicine, medical specialists, certification.

* Coordinador de Educación e Investigación en Salud, Hospital General Regional 46 Lázaro Cárdenas, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, Jalisco. México.
** Médica especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, adscrita al Hospital General Regional 45 IMSS, Guadalajara, Jalisco.
*** Médico general, adscrito al Centro de Investigación Educativa y Formación Docente del IMSS, Guadalajara, Jalisco.
**** Médico residente de la especialidad de Medicina Interna, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Correspondencia: Dr. Sergio Emilio Prieto Miranda. Avenida Lázaro Cárdenas 2063, Guadalajara 44910, Jal. Correo electrónico: sergio.prieto@imss.gob.mx

Recibido: 2 de octubre 2012. Aceptado: diciembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Prieto-Miranda SE, Valdepeña-Ramírez MP, Mora-Sota M, Jiménez-Bernardino CA. Medicina defensiva en un Hospital General Regional. Med Int Mex 2013;29(1):32-38.

La práctica médica ha tenido una evolución continua desde su origen, pasando de ser una práctica donde sólo intervenían dos actores principales: el médico y el paciente, a ser una relación donde participan múltiples personajes que, en ocasiones, ejercen un protagonismo excesivo, originando un deterioro cada vez mayor de la relación médico-paciente.¹ La práctica médica, a su vez, ha sufrido importantes cambios debido al desarrollo científico, con la aplicación cada vez mayor de tecnología para el diagnóstico oportuno y tratamiento exitoso de múltiples patologías, dando lugar a mayor exigencia por parte de la sociedad, con una creciente esperanza de vida y expectativa de curación, condicionando el descontento del paciente y, consecuentemente, el aumento de las demandas por mala praxis. Este fenómeno ha dado pie al surgimiento de una medicina que se desarrolla con el único fin de evitar demandas o para defenderse en caso de que así ocurriera, perdiéndose el objetivo central del acto médico, este ejercicio se conoce como medicina defensiva.^{2,3}

La medicina defensiva surge alrededor del decenio de 1960 en Estados Unidos durante el gobierno del presidente Nixon, cuando toma relevancia la creación de una Comisión de Mala Práctica, que da pie al incremento exponencial de demandas médicas, reportándose para 1978 veinte mil demandas.^{3,4} La medicina defensiva se define como la aplicación de tratamientos, realización de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, más que con el objetivo de diagnosticar y tratar adecuadamente al paciente, con el propósito principal de defender al médico de la crítica, además de contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias.^{3,4,5}

La medicina defensiva se subdivide en aspectos positivos y negativos. En los primeros está otorgar explicaciones detalladas con respecto al padecimiento, la realización de notas médicas más completas, y la obtención del consentimiento por parte del paciente; entre los aspectos negativos se incluyen la prescripción de medicamentos, en muchas ocasiones de manera innecesaria, el incremento de valoraciones por otros especialistas o la referencia de los pacientes a otros niveles de atención, incluido el rechazo de los pacientes considerados de alto riesgo que corresponden, aproximadamente, a 10% del costo en salud sólo en Estados Unidos.⁶⁻⁹ Cuáles son las condicionantes de la aparición de la medicina defensiva; la primera es la falta de responsabilidad médica, consecuencia de evitar tomar decisiones con respecto al tratamiento médico o procedi-

mientos diagnóstico-terapéuticos, solicitando múltiples interconsultas a otras especialidades, o sometiendo el caso a comités multidisciplinarios. Esto también puede conducir a la práctica de múltiples tipos de errores médicos que pueden ser favorecidos por diferentes causas, por ejemplo: por impericia, consecuencia de falta de conocimiento, por imprudencia al invadir áreas médicas para las que no se cuenta con la preparación suficiente, y por negligencia, consecuencia de la propia irresponsabilidad.^{10,11}

La segunda causa está relacionada con el pobre desempeño médico y la mala calidad de la medicina favorecidos por la proliferación de escuelas y facultades de medicina, se egresa a médicos con serias deficiencias teóricas y técnicas, reflejadas principalmente en la imposibilidad de cursar una especialidad médica. Sin embargo, ya estando en posgrado, esto también puede condicionarse por la falta de actualización, que debe ser un continuo en la vida de cualquier médico.¹⁰

Otra de las causas del surgimiento de esta medicina defensiva, considerada como la más importante, y muchas veces condicionada por los factores previamente señalados, es la distorsión de la relación médico-paciente.^{5,6,12} Fernández-Varela⁶ clasifica de manera arbitraria a los factores condicionantes de esta relación disfuncional en dos: intrínsecos, es decir propios de la relación médico-paciente, entre los que señala la despersonalización de la relación, falta de comunicación, predominio de intereses económicos sobre el bienestar del paciente, mala atención consecuencia de falta de conocimiento o de recursos y los extrínsecos, manifestados por la sociedad actual, entre los que se citan la creación de mayores expectativas de atención, secundario al avance tecnológico y considerar lucrativo el ejercicio de la Medicina.⁶ Con respecto a México, en un estudio realizado durante el año 2005 por Sánchez y Tena, encontraron que la práctica de la medicina defensiva se realizaba en 61.3% de la población médica, con incremento incluso a 76.9%, de acuerdo con lo publicado por Ortega y Méndez a principios del año 2009.^{3,5}

Durante el año 2008 Ortega y Méndez³ demostraron que la medicina defensiva se practicaba en 76.9% de la población médica de diferentes regiones del estado de Oaxaca. A su vez, en la Ciudad de México, en 2008,^{4,5} se realizó otra encuesta con el fin de conocer el nivel de medicina defensiva practicado por los médicos adscritos al servicio de Urgencias. Esta práctica se calificó como baja en 79.5%, regular en 16.3% y alta en 4.08%. El objetivo

de nuestro estudio fue: conocer la proporción de médicos especialistas que la practican y qué grado, en una unidad de atención hospitalaria de segundo nivel que concentra médicos especialistas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal. El universo de trabajo fueron 296 médicos especialistas de planta, registrados como trabajadores en el Hospital General Regional 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco. El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética en Salud del hospital.

Los criterios de inclusión fueron: médicos especialistas adscritos al hospital y que aceptaran participar, se excluyeron los que una vez leída la encuesta no la completaran. Se acudió de manera personal a realizar las preguntas a todos los servicios, durante los meses de febrero a mayo de 2009; se explicó que era un cuestionario auto aplicable, y que la información obtenida era confidencial. Todos los médicos que aceptaron participar dieron su consentimiento.

Instrumento

Se utilizó el cuestionario de medicina defensiva de Sánchez-González⁵ (Anexo 1) que se modificó y dividió en dos secciones: la primera conformada por algunos aspectos sociodemográficos como: sexo, edad, años de experiencia laboral (antigüedad), certificación por el Consejo de su especialidad y si habían sido demandados ante alguna instancia institucional o extra institucional por mala praxis. La segunda parte consistió en 17 reactivos de respuesta dicotómica acerca de actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva. Se incluyeron dos distractores. Por tanto, 15 preguntas exploraron el nivel de acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la medicina defensiva; se establecieron categorías y grados de asociación con diferentes prácticas defensivas de los médicos especialistas.

Los tres reactivos centrales que establecieron la categorización de acuerdo con las conductas defensivas fueron las preguntas 2, 5 y 10 y que a continuación se describen: pregunta 2: *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 ser 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 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. Pregunta 10: *He modificado mi práctica para no ser demandado*. Establece el nivel de adquisición de conciencia del médico ante el riesgo de conflicto y demanda, que responde a una afirmación clara y precisa de una modificación en el ejercicio profesional con el fin de evitar demandas. Conciencia es la capacidad humana que permite reconocer la realidad y reconocernos como parte de esa realidad.

Interpretación

Se consideró como *No defensivo* si el médico no respondió positivamente a ninguna de las tres preguntas centrales. Si respondía positivamente al menos a una de las tres preguntas centrales, se consideró *Defensivo*. La aceptación de la práctica defensiva se dispuso en grados, de acuerdo con el número de reactivos que se respondieran afirmativamente:

Medicina defensiva incipiente: una de las preguntas centrales con respuesta afirmativa, sin importar cuál.

Medicina defensiva evidente: dos preguntas centrales con respuesta afirmativa.

Medicina defensiva manifiesta: tres preguntas centrales con respuesta afirmativa.

Análisis estadístico: una vez obtenida la información, se recolectaron los datos en una hoja electrónica del programa Excel 2003 utilizando estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se incluyeron 246 (83%) de un total de 296 médicos adscritos al Hospital General Regional 46 de las diferentes especialidades durante el periodo de estudio, 50 (17%) médicos no participaron, debido a que se encontraban de vacaciones, de licencia o no aceptaron contestar. De los médicos que aceptaron participar 125 (51%) correspondieron al área quirúrgica y 121 (49%) al área médica. Con respecto al sexo 146 (59%) eran hombres y 100 (41%) mujeres.

La práctica de la medicina defensiva en sus diferentes grados se encontró en 177 (72%) de los médicos, de los que 106 (59%) correspondieron a hombres y 71(41%) a mujeres. En relación con el turno en que laboraban, se encontraron con algún grado de medicina defensiva 102 (42%) del turno matutino, 77 (31%) del vespertino, 37(15%) del nocturno, y 30 (12%) de la jornada acumulada de sábado y domingo.

Al agrupar a los médicos por edad, el grupo entre 30 y 45 años de edad practicaba la medicina defensiva en 76%, comparado con el grupo de médicos de edad entre 46 y 60 años con 24%. De acuerdo con la antigüedad laboral, fue más evidente la práctica defensiva entre médicos que tenían entre 1 y 15 años de antigüedad laboral según se muestra en el Cuadro 1.

Entre las variables de estudio se preguntó si los médicos contaban con certificación de su especialidad, del total de médicos encuestados 183 (75%) tenían certificación del Consejo de su especialidad, y de éstos 129 (53%) practicaban medicina defensiva, 63 (25%) médicos no contaban con certificación y de estos 48 (76%) practicaban algún grado de medicina defensiva. La práctica de la medicina defensiva en sus diferentes grados se distribuyó en las distintas especialidades de acuerdo con lo que se muestra en el Cuadro 2.

Del total de médicos encuestados, 71 (29%) habían sido demandados en algún momento de su ejercicio profesional, de estos 49 (20%) realizaban algún tipo de medicina defensiva, encontrándose en grado incipiente en 22 (9%), con medicina defensiva evidente en 17 (7%) y con medicina defensiva manifiesta en 10 (4.0%). Por el contrario, 175 (71%) médicos nunca habían sido demandados, de los que 128 (52%) realizaban algún grado de medicina defensiva, encontrándose en medicina defensiva incipiente 65 (27%), con medicina defensiva evidente 50 (20%), y medicina defensiva manifiesta 13 (5%).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio demostró que la medicina defensiva se practica de forma frecuente en diferentes grados en médicos especialistas en un hospital de segundo nivel del Occidente de México. Éste es el primer reporte que identifica esta práctica en médicos especialistas en un Hospital Regional de Seguridad Social, cuyas repercusiones y costos aún no se han evaluado. Es probable que esta práctica

médica esté reflejando diferentes conductas como: abuso de recursos, pérdida de la relación médico-paciente, temor a demandas, y deficiencias médicas formativas, particularmente en las áreas de profesionalismo.

En el decenio de 1960, la medicina defensiva dio respuesta a la falta de cultura para identificar y prevenir los diversos errores médicos, esto originó que cada vez fuera mayor la proporción de médicos que la llevan a cabo, alcanzando porcentajes incluso de 98% en países como Estados Unidos;³ sin embargo, esta práctica no es exclusiva de países desarrollados, también se ejerce en Argentina y Colombia, donde incluso es requisito contar con seguros de protección médica-legal para ejercer alguna especialidad médica.¹² En México existen pocos estudios que hayan valorado el grado de medicina defensiva, el más grande incluyó una población de 613 médicos, 376 (61.3%) practicaban algún grado de medicina defensiva.⁵ En nuestro estudio encontramos que 72% de los médicos la practican en algún grado.

Al igual que en el estudio anterior donde se reporta la práctica de medicina defensiva en grado incipiente en 42.3% (159 médicos) de los médicos encuestados,⁵ en nuestra población de médicos también se encontró en 49% de la muestra total estudiada. ¿Cuánto de esta práctica médica puede ser traducida en efectos negativos? Estudios previos sugieren que puede traducirse en un incremento en la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete sin finalidad clínica, interconsultas a otros especialistas no necesarias, todo esto con incremento del gasto en los sistemas de salud.^{1,3,4,5}

Con respecto a las especialidades que más practican medicina defensiva, nuestros resultados no son muy distintos a lo reportado en otros estudios (Cuadro 2); por ejemplo, en Pennsylvania, durante el año 2005,¹⁴ predominaron las especialidades como: Urgencias Médicas, Cirugía General, Neurocirugía, Ginecoobstetricia, Ortopedia y Radiología. En México esto se ha caracterizado a través del análisis que se realizó en el año 2002⁶ de los reclamos por mala práctica ante la Procuraduría General de la República. Se encontró que las especialidades mayormente asociadas con reclamos por demanda médica fueron: Ginecoobstetricia, Cirugía General, Urgencias médicas y Anestesiología. Nosotros encontramos que Pediatría es la especialidad con mayor porcentaje de médicos defensivos: 15.1% del total, seguido por Anestesiología 13%, Ginecoobstetricia 12.3%, Medicina Interna y Traumatología y Ortopedia

Cuadro 1. Práctica de la medicina defensiva con respecto a la antigüedad laboral en el Hospital General Regional 46

Antigüedad	No defensivo	Incipiente	Evidente	Manifiesta	Total
1 a 5 años	11	14	11	5	41
6 a 10 años	16	22	18	6	62
11 a 15 años	19	23	20	6	68
16 a 20 años	6	16	6	3	31
21 a 25 años	13	6	8	2	29
Más de 26 años	4	6	4	1	15
Total	69 (28%)	87 (35.3%)	67 (27.2%)	23 (9.3%)	246 (100%)

con 10.6% y Urgencias Médicas con 10%, en apariencia existe equilibrio entre las especialidades médicas y quirúrgicas.

Entre las variables sociodemográficas que abarcamos en nuestro estudio se observó que los varones (60%) practicaron en mayor proporción medicina defensiva

comparado con las mujeres, aunque esta diferencia en realidad es mínima en este estudio; puede explicarse porque estas últimas cuentan con características propias del género, como: mayor calidez y actitud más compasiva, que les permiten establecer más fácilmente relaciones empáticas con los pacientes, disminuyendo el riesgo de inconformidad y demandas, situación que debe ser más estudiada.

Los grupos de médicos entre 30 a 35 años (26%) practican una medicina defensiva en mayor proporción, quizás como consecuencia de su inseguridad, dependencia cada vez mayor a exámenes y estudios paraclínicos, con el olvido del principal instrumento para el diagnóstico, que es la clínica. Es importante señalar que parece no haber asociación entre haber sido demandado y la práctica de la medicina defensiva, contrario a lo que se registró en el estudio de Passmore.¹³ En nuestro estudio entre los médicos defensivos con este antecedente se encontró a 29% y sin demanda previa 71%.

Otro punto no menos importante es la asociación en-

Cuadro 2. Grado de práctica de medicina defensiva por especialidad en el Hospital General Regional 46

Especialidad	Incipiente	Evidente	Manifiesta	Total	Porcentaje
Pediatría	17	7	2	27	15.1%
Anestesiología	10	10	3	23	13%
Ginecoobstetricia	13	7	2	22	12.3%
Medicina interna	9	8	2	19	10.6%
Traumatología y Ortopedia	8	7	4	19	10.6%
Urgencias médicas	8	7	3	18	10%
Cirugía general	7	4	0	11	6%
Medicina física y de Rehabilitación	3	1	1	5	2.8%
Cardiología	0	2	2	4	2.2%
Oftalmología	2	1	1	4	2.2%
Terapia intensiva	1	2	1	4	2.2%
Uroología	2	2	0	4	2.2%
Otorrinolaringología	1	1	1	3	1.6%
Neurología	0	3	0	3	1.6%
Gastroenterología	1	1	0	2	1.2%
Nefrología	1	1	0	2	1.2%
Psiquiatría	2	0	0	2	1.2%
Cirugía maxilofacial	0	0	1	1	0.5%
Angiología	0	1	0	1	0.5%
Dermatología	0	1	0	1	0.5%
Endocrinología	1	0	0	1	0.5%
Audiología	0	1	0	1	0.5%
Neumología	1	0	0	1	0.5%
Total	87 (49%)	67 (38%)	23 (13%)	177	100%

tre esta medicina defensiva y estar certificado; contrario a lo esperado, se encontró mayor número de médicos defensivos en los médicos certificados. Todo esto plantea una gran problemática no muy lejana en convertirse en un asunto insostenible para un país en desarrollo, como el nuestro, porque si el costo de la medicina defensiva de los sistemas de salud fuera similar a los países desarrollados, implicaría que aproximadamente 20% del presupuesto asignado a salud fuera gastado innecesariamente, poniendo en riesgo a este sector.⁵

Hace poco, Lifshitz¹⁵ señaló en un editorial sobre medicina defensiva, los diferentes modelos de atención médica vigentes, destacó en primer lugar el modelo de atención médica hipocrático, donde se identifica una relación paternalista, en éste el médico toma las decisiones por el paciente y en su beneficio, este modelo puede tener dos formas: una autoritaria y otra afectuosa, se sustenta en los valores del propio médico y no en los del paciente. Aquí el problema es que el paciente puede no sentirse representado por quien lo atiende, además, identifica otros dos modelos: el contractual y el mercantil. En el primero se acepta, aunque sea de manera implícita, que cada quien, médico y paciente, tiene obligaciones y 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. Señala el mismo autor que estos y otros modelos de relación médico-paciente en esta época se están multiplicando, propiciando cambios en el comportamiento de los pacientes, a pesar de que los médicos podríamos apegarnos a nuestros principios y valores y trabajar en una comunicación más eficaz, finalmente los médicos asumen una postura defensiva. Es posible que en nuestra institución se estén presentando una mezcla de estos modelos, debido a que muchos de los médicos entrevistados trabajan también en la medicina privada, donde predomina más el modelo mercantil y contractual, y en la seguridad social donde quizá predomine el modelo paternalista.

En conclusión, nuestro estudio demostró que la medicina defensiva es una práctica común del ejercicio profesional en médicos especialistas en un hospital de seguridad social, con predominio en médicos especialistas jóvenes, sin aparente distinción por especialidades médicas o quirúrgicas. La certificación por los colegios

de la especialidad y el haber sido demandado previamente no parecen intervenir en la evolución de esta práctica. Las facultades de medicina, las instituciones formadoras de especialistas, los colegios médicos, y las instituciones de salud, deben considerar de manera prioritaria esta práctica; desarrollar su control y evaluar sus repercusiones sociales y económicas, y establecer mecanismos de prevención.

REFERENCIAS

1. Galarza D, Esquivel J, Garza M. Médicos, pacientes y administradores en el ejercicio actual de la medicina en México. Revista Medicina Universitaria 2002;4(17):259-268.
2. Rivero-Serrano O. Factores que han modificado la práctica médica. Gac Méd Méx 2002; 138(4): 331-333.
3. Ortega-González M, Méndez-Rodríguez J, López-López F. Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. Revista CONAMED 2009; 14:4-10
4. Chavarría-Islas R, González-Rodríguez B. Medicina defensiva en un servicio de Urgencias de Adultos. Revista CONAMED 2008; 13(4):20-27.
5. Sánchez-González J, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo E, Hernández-Gamboa L, Rivera-Cisneros A. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Ciruj 2005;3:199-206.
6. Fernández-Varela H. Las demandas a los médicos y los hospitales. Gac Méd Méx 2002; 138(4):336-339.
7. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995;310:27-29.
8. Coates J. Defensive medicine. NZMJ 2002;115(1160):1-2.
9. The truth about "Defensive Medicine". One of a series of reports from the American Association for Justice of Medical Negligence. September 2009. [en línea] <http://www.justice.org/cps/rde/xchg/justice/hs.xls/8681.htm> [consultado el 20 de agosto de 2012]
10. Paredes-Sierra R. Etica y medicina defensiva. [en línea] http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm [consultado el 20 de agosto de 2012]
11. Tena TC, Juárez DG. Error y conflicto en el acto médico. Rev Med Inst Méx Seguro Soc 2003; 41(6): 461-463.
12. Tanimoto M. Medicina defensiva. Gac Méd Méx 2002; 138(4):344-346.
13. Passmore K, Leung WC. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. Postgrad Med J 2002;78:671-673.
14. Studdert D, Mello M, Sage W, DesRoches C, Peugh J, Zapert K, Brennan T. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA 2005; 293(21): 2609-2617.
15. Lifshitz-Guinzberg A. Medicina defensiva. Med Int Med 2012;28(4):311-312.

ANEXO

Anexo 1. Encuesta sobre medicina defensiva⁵

Dada 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 en relación con el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos.
4. Evito emplear procedimientos de alto riesgo.
5. Mis decisiones en relación con 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 urgencias.
9. Al tomar las decisiones en relación con 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.
