

## 4. MEDICINA DEFENSIVA

RAYMUNDO PAREDES SIERRA  
OCTAVIO RIVERO SERRANO

### INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años, en todo el mundo, la práctica de la medicina en el ámbito privado e institucional ha cambiado, influida por situaciones diversas, entre las que destacan el crecimiento de la población, el desarrollo y empleo de la tecnología en el proceso diagnóstico-terapéutico, la mayor disponibilidad de información (por el médico y por el paciente) y el cambio o pérdida de valores que ha tenido la población a todos los niveles.(1) Como resultado de todo esto, en el ejercicio médico se ha modificado la relación médico-paciente; hay distanciamiento, insatisfacción y reclamo, que pueden llegar a controversias y demandas por la atención recibida. El efecto sobre el quehacer del médico es un desempeño cauteloso ante el paciente, con recelo y desconfianza. Esta situación ha originado un tipo de práctica que se ha llamado, genéricamente, "medicina defensiva" (MD). En este trabajo trataremos de conceptualizarla, analizaremos sus causas desde el punto de vista del médico, del paciente y del entorno social. Revisaremos la situación de la MD en otros países y haremos en la parte final una serie de propuestas para mejorar la práctica médica y acrecentar la relación médico-paciente.

### DEFINICIÓN

Cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional.

### CAUSAS

Los cambios se derivan fundamentalmente de una relación médico-paciente inadecuada.

Tradicionalmente, entre el paciente y su médico había confianza y libertad; el paciente escogía a su médico por su prestigio o recomendación de terceros, y paulatinamente, con su desempeño, el médico se ganaba la confianza del enfermo.

En la actualidad, la relación entre el paciente y su médico ha cambiado, y en un número importante de casos hay desconfianza: en el paciente debido al temor de la mala práctica, a errores u omisiones en los procedimientos diagnóstico-terapéuticos, y en el médico, ante el riesgo de reclamos, controversias o demandas, justificadas o no.

Las causas de los cambios en la práctica médica se pueden atribuir al médico, al paciente y al entorno sociocultural.

#### CUADRO 1. FACTORES CONDICIONANTES I

<i>Del médico</i>
• Mala relación médico-paciente
• Aplicación superficial de procedimientos clínicos
• Deficientes conocimientos, habilidades y destrezas
• Invasión de campos de la medicina que no domina
• Exceso de confianza

En el médico, el antecedente de mayor relevancia es que ha cambiado la relación médico-paciente, se ha transformado de buena a mala, ya no está basada en la confianza sino en el recelo y temor al reclamo.

El médico tiene gran parte de culpa en que se desarrolle de esta manera la relación con su paciente al no establecer una buena comunicación, un intercambio constante, una aclaración de dudas y una orientación cuidadosa.

En su comportamiento, aplica los procedimientos propedéuticos de manera superficial e incompleta, sin ejercitar el interrogatorio exhaustivo con semiología detallada, exploración física meticulosa y sin establecer hipótesis diagnóstica que incluya el síndrome, la etiología y la impresión nosológica; esto sólo lo aplican unos cuantos, la mayoría subordina la clínica a procedimientos diagnóstico-terapéuticos sofisticados y costosos, con el propósito explícito de evitar controversias y demandas por mala práctica.

Otras causas atribuibles al médico son deficiencias en sus conocimientos, habilidades y destrezas, por fallas en su preparación básica y en especialidades de posgrado con programas muy técnicos y poco clínicos, enfocados a enfermedades poco frecuentes y desligados de la solución de problemas comunes.

Es habitual que médicos de ciertos niveles, muchos de ellos sin entrenamiento formal, invadan campos o especialidades que no dominan; o bien, por exceso de confianza, que realicen procedimientos que rebasan su capacidad, comprometiendo la vida del paciente o, en el mejor de los casos, ocasionando complicaciones o postoperatorios largos y costosos.

Un aspecto importante de la relación del paciente y su médico es la comunicación. Un número considerable de inconformidades tienen su origen en la falta de información al enfermo acerca de su padecimiento, del tratamiento y del pronóstico; el consentimiento informado evita muchas controversias, por lo que resulta de trascendencia que el paciente conozca los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y rechace o acepte de conformidad el que se efectúe.(2)

También es relevante, como causa de problemas en el desempeño del médico ante el paciente, el pago por terceros, tan corriente en la medicina institucional; las compañías de seguros y las administradoras de servicios de salud (HMO en Canadá y Estados Unidos y ASIS en México), como terceros pagadores, habitualmente limitan al médico en la indicación de estudios de laboratorio y gabinete, en interconsultas con especialistas y en ciertos tratamientos, lo que da como resultado la inconformidad del paciente.(3)

Las causas atribuibles al paciente como motivo de medicina defensiva pueden verse en el siguiente cuadro.

CUADRO 2. FACTORES CONDICIONANTES II

<i>Del paciente</i>
• Mejor información médica
• Más acceso a medios de comunicación
• Mayor conocimiento de sus derechos
• Prepago

El adelanto en la información médica y en el nivel educativo de los habitantes se ha incrementado porque la población urbana tiene acceso a los medios masivos de difusión: televisión, radio, periódicos y revistas que difunden noticias de nuevos medicamentos, de procedimientos diagnóstico-terapéuticos y de casos de demandas contra médicos por supuesta negligencia. Esta información mantiene alerta y a la expectativa a los enfermos cuando acuden a consulta, y más cuando tienen que internarse o someterse a estudios e intervenciones quirúrgicas.(4)

Los individuos en particular y la sociedad en general conocen cada vez mejor sus derechos, lo que en un sentido formal les otorga el poder, el privilegio o la autorización de hacer algo o de no hacerlo.(5) Ante esta situación, el paciente no es más un ente sumiso ante las decisiones del médico; ahora cuestiona y acuerda con el médico si se somete o no a las indicaciones y si toma o no los medicamentos prescritos. Ante cualquier duda, justificada o no, establece controversias con el médico.

El sistema de prepago de los seguros médicos, las ASIS o la medicina institucional, en las cuales el paciente no selecciona a su médico, favorece la inconformidad.

Los intereses económicos, principalmente de terceras personas, también participan en la medicina defensiva. En nuestro país aún no se llega a lo observado en Estados Unidos, en donde los abogados se promueven en televisión, radio, carteles y periódicos ofreciendo asesoría a médicos y pacientes por supuesta negligencia o demanda penal.(6)

### CUADRO 3. FACTORES CONDICIONANTES III

---

*Del entorno social*

---

- Leyes más estrictas
  - Difusión inmediata y masiva de noticias médicas (positivas y negativas)
  - Sesgo de la información
  - Demanda de atención médica oportuna, humanizada y de calidad
-

En nuestro país, en los últimos 10 años, la exigencia de la sociedad de que se analicen los casos de negligencia supuesta o real en el actuar del médico ha dado lugar a una verdadera persecución de profesionistas de la medicina y al surgimiento de múltiples compañías que ofrecen seguros médico-legales para proteger al médico en los casos en que se vea involucrado en una situación de demanda.

Los medios de difusión también han contribuido, al divulgar de manera inmediata y masiva las noticias relacionadas con la medicina, tanto positivas como negativas, con un sesgo que muestra el afán de ganar audiencia y favorecer o perjudicar a empresas o individuos, sobre todo cuando están involucradas personas públicas, casi siempre en detrimento del médico.

La exigencia legítima de la sociedad de atención médica oportuna, humanizada y de calidad, con demandas inmediatas cuando no se cumplen sus expectativas, ha dado lugar a la actitud defensiva del médico en su desempeño.

El resultado de esta "nueva" forma de actuar del médico, del paciente y de la sociedad ha sido el encarecimiento de la medicina. (Véase el cuadro 4.)

#### CUADRO 4. RESULTADOS INMEDIATOS

- Utilización excesiva de recursos de diagnóstico. Esto se da tanto por indicación del médico como por petición del enfermo.
- Cambios en procedimientos terapéuticos. El paciente solicita o exige el último medicamento anunciado en televisión o en Internet; sin importar el costo y para evitarse problemas, el médico lo prescribe.
- Selección de pacientes. El médico selecciona pacientes y rechaza o deriva a otro colega los casos con riesgo de demanda.
- No actuar en casos de riesgo.
- Aumento de las cuotas. Los honorarios médicos se elevan para cubrir los gastos y la pérdida de pacientes.
- Seguro contra demandas. El médico compra seguros de protección médico-legal o se afilia a sociedades profesionales que ofrecen asesoría y abogacía en caso de litigio.

En Estados Unidos y Canadá, países en los que está más “desarrollada” la medicina defensiva, hay grupos de abogados que visitan a los enfermos en los hospitales para asesorarlos y estimularlos a que presenten demandas; al mismo tiempo, promueven sus servicios en diferentes medios de comunicación ofreciendo asesoría legal a los médicos para defenderlos de demandas por mala práctica.(7)

En estos países, los ginecoobstetras y los traumatólogos son los especialistas con mayor número de demandas. En 1998, las cuotas anuales de la *Canadian Medical Protective Association* (CMPA) fueron de 29 000 dólares canadienses para ginecoobstetras, ortopedistas y neurocirujanos.(8)

En un estudio publicado en la *American Journal Obst. & Gynec.*, en 1991 se revisaron 500 casos de demanda legal no defendible por mala práctica en ginecoobstetricia, de los cuales 45 fueron por violación a los estándares de atención a pacientes de la especialidad; 66 por problemas con la documentación, omisiones y registros incompletos en el expediente; 9 por ambas razones. En total, 120 procesos que no pudieron defenderse por errores del médico.(9)

En Estados Unidos, en 1984, se gastaron más de 12 000 millones de dólares en juicios por responsabilidad profesional.(10) El número de demandas por mala práctica en 1994 fue de 21.3/1000 afiliados a la CMPA y de 144/1000 en la *St. Paul Fire & Marine Insurance Co.*(11) El problema es tan grande que, tanto en Estados Unidos como en Canadá, las asociaciones médicas y compañías de seguros tienen reservas para los costos de juicios por mala práctica que varían de 15 722 a 183 000 dólares por miembro.(11) Sólo en el estado de Texas, en 1995, se gastaron 702 millones de dólares en juicios derivados de la medicina defensiva.(7)

En la revista de la Asociación Médica Canadiense, en 1995, Tom Vander publicó una frase que parafrasea la pronunciada por Winston Churchill: “Nunca en la historia de la medicina se gastó tanto por tantos, para evitar los líos de tan pocos.”(12)

En América Latina, los juicios y demandas por mala práctica son cada vez más frecuentes, y en países como Colombia se exige que los médicos compren un seguro de protección médico-legal como un requisito para ser aceptados en las residencias médico-quirúrgicas.

En México se han incrementado en los últimos 10 años, lo cual ha favorecido el aumento de las compañías que ofrecen servicios de protección, fianzas y asesoría jurídica.

Cabe esperar que con los cambios de la práctica de la medicina y la

instalación de compañías administradoras de servicios de salud (HMO, ASIS, OASIS, etc.), además de las condicionantes descritas, el número y complejidad de controversias y demandas sean cada vez mayores.

Un hecho relevante, que evitó que muchas controversias terminaran en reclamación, fue la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en 1996, que, actuando como mediador, evitó numerosos juicios. En su informe de actividades de 1999 reportó que en dos años y medio recibió 10 507 inconformidades de ellas, 48% se resolvieron de inmediato, con simple gestión para obtener la atención requerida, la asesoría o la explicación médica; en 46% se intentó la conciliación entre las partes (paciente y prestador de servicios), con éxito en 60% de los casos; 6% correspondió a solicitudes de dictamen médico pericial por parte de las instancias procuradoras de justicia.(13)

## PROPUESTAS

El compromiso de la medicina es la prevención; paradójicamente, para que la medicina defensiva no tenga futuro, se requiere informar, actuar sobre las causas. Nos parece conveniente señalar las siguientes recomendaciones.

### CUADRO 5. PROPUESTAS I

- Mejorar la relación médico-paciente. Favorecer la comunicación y lograr empatía.
- Mayor comunicación con el enfermo. Informar de manera detallada y con la frecuencia que el caso lo amerite acerca de la indicación, riesgos y costo-beneficio de los procedimientos diagnóstico-terapéuticos.
- Empatía.

CUADRO 6. PROPUESTA II

- Información continua y detallada del padecimiento
- De los procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- De la posible evolución de la enfermedad
- De las posibilidades terapéuticas y sus riesgos
- De las complicaciones esperadas
- Del pronóstico para la función y la vida en los diferentes plazos

Para disminuir la práctica de la medicina defensiva, es obligación de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud en general y del médico en particular realizar las actividades que se enumeran en el cuadro 7.

CUADRO 7. PROPUESTA III

- Mejorar la preparación básica del médico con programas, métodos y técnicas acordes con los cambios en tecnología educativa, la transición demográfica y epidemiológica y los cambios sociales.
- Revalorar el papel de la clínica en función del médico, subordinando el laboratorio y el gabinete al juicio clínico.
- Utilización racional de la tecnología
- Revisar y actualizar los programas de residencias

Finalmente, y siguiendo la línea de mejora la calidad de la medicina en todos los niveles para otorgar la atención que la sociedad exige, se debe continuar con los programas de certificación de escuelas y facultades de medicina que realiza la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), la certificación de médicos especialistas por los consejos correspondientes, de médicos generales que coordina la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRIHS) a través de los comités estatales, y la certificación de hospitales públicos y privados que lleva a cabo la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales bajo la coordinación del Consejo de Salubridad General.

Al certificar la calidad en las instituciones formadoras de médicos,



a los egresados de residencias y, más adelante, a la estructura y procesos de los hospitales, se está trabajando para que la atención médica se otorgue con calidad, satisfacción y seguridad para todos los involucrados, lo cual, indudablemente, disminuirá la insatisfacción y las demandas.

CUADRO 8. PROPUESTA IV

- Difusión y orientación a médicos y pacientes sobre sus derechos y obligaciones. Los medios de difusión y las instituciones del Sector Salud, incluyendo la SSA, el CSG y la CONAMED, deben orientar a médicos y pacientes sobre sus derechos y obligaciones para conservar o recuperar su salud.
- Pugnar por leyes justas y equitativas. Todos, SSA, Poder Legislativo, médicos, pacientes y sociedad deben pugnar por leyes justas y equitativas.
- Mejorar la calidad en el proceso de atención médica.
- Consulta preventiva a organismo conciliador. Crear un organismo conciliador (pudiera ser la misma CONAMED) que otorgue consulta y asesoría previa en casos de inconformidad o duda, tanto a médicos como pacientes e instituciones, para evitar juicios costosos y desgastantes.

CUADRO 9. PROPUESTA V

- 
- Certificación*
- 
- De escuelas y facultades de medicina
  - De médicos generales y especialistas
  - De hospitales públicos y privados
- 

## CONCLUSIÓN

La medicina defensiva aporta aspectos negativos y positivos a la práctica médica, y ambos tienen como denominador común el encarecimiento de la atención médica; además, lo positivo orienta la práctica médica a lograr mayor calidad.(6)

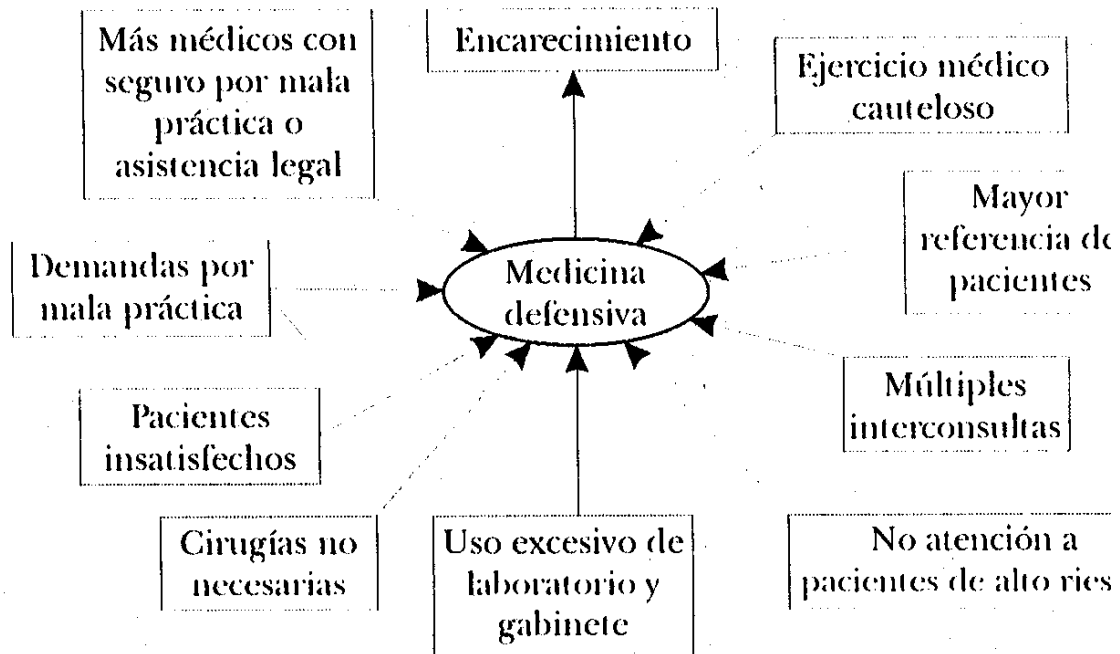


FIGURA 1. Aspectos negativos.

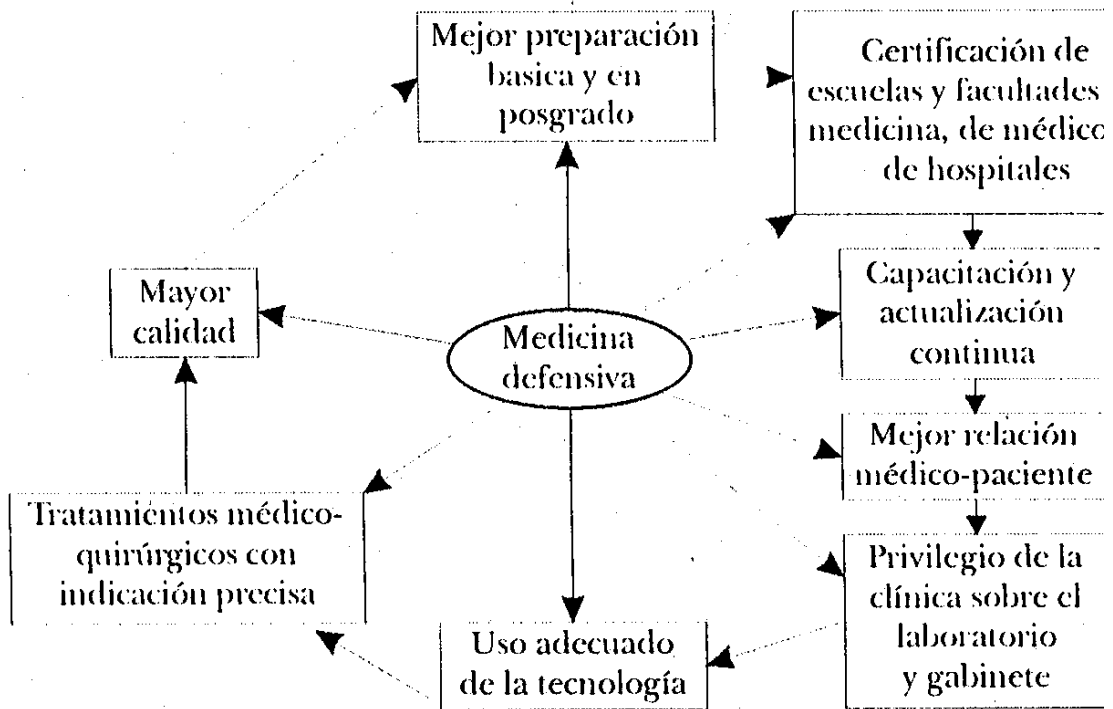


FIGURA 2. Aspectos positivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Información del Sector Salud y Seguridad Social, 1999, 15:33, 51, 52.
2. Jinich, Horacio, *El paciente y su médico*, Facultad de Medicina, UNAM, JGH editores, 1a. edición, 1997.
3. Bodenheimer, T., The American care system. Physicians and the changing medical marketplace, *NEJM* 1999, 340: 584-588.
4. Relationship between malpractice claims and cesarean delivery, *JAMA*, 1993, 263(3): 366-373.
5. Lifshitz, A., *La conducta profesional del médico y los derechos humanos en el ejercicio actual de la medicina*, en *El ejercicio actual de la medicina*, Siglo XXI, 2000.
6. Summerton, N., Positive and negative factors in defensive medicine, *BMJ*, 1995, 310(6971): 27-29.
7. Korcok, Miliam, Medicalegal hell in Texas, *Can. Med. Assoc. J.*, 1995, 153 (7): 963-966.
8. Wharrys, S., Malpractice concerns leads to unprecedented cooperation as CMAA, CMA, seek answers, *Can. Med. Assoc. J.* 1998, 158(7): 927-928.
9. Word, C.J., Analysis of 500 obstetric and gynecologic malpractice claims: causes and prevention, *Am J. Obst. & Gynec.*, 1992, 167(1): 295-296.
10. Baldwin, L.M. *et al.*, Defensive medicine and obstetrics, *JAMA* 1995, 274(20): 1606-1610.
11. Korcok, M., CMAA not alone impursuing huge reserves, CMAAJ survey of us firms reveals, *Can Med. Assoc. J.* 1996, 154(12): 1891-1894.
12. Vandor, T., New meanings for old quotation, *Can. Med. Assoc. J.* 1995, 153(4): 398.
13. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Informe de actividades 1996-1999.