



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 Y 2 NOROESTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
JEFATURA DE SERVICIOS DE EDUCACION MÉDICA
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

MEDICINA DEFENSIVA EN LA PRÁCTICA MÉDICA DIARIA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
ELIZABETH ROMERO CHERRES
*RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR*



ASESOR DE TESIS: DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

JULIO, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESOR TITULAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33.
EL ROSARIO

DRA. MORELOS CERVANTES MARIA DEL CARMEN
PROF. ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
NO. 33. EL ROSARIO

DRA. ROMERO CHERRES ELIZABETH
RESIDENTE 3ER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DEDICATORIA

A dios que me concedió serenidad en los momentos difíciles, brindándome una oportunidad al tener mi especialidad en medicina familiar.

A la familia maravillosa que tengo la cual me ha enseñado:

*Aunque me sienta cansada,
Aunque el triunfo me abandone
Aunque el negocio se quiebre
Aunque la traición me hiera,
Aunque el dolor quemé mis ojos,
Aunque una ilusión se apague,
Aunque ignoren mis esfuerzos,
Aunque la ingratitud sea la paga,
Aunque la incomprensión corte mis risas,
Aunque todo parezca nada. . . .
Hay que volver ha empezar.*

Al ángel llamado iris que seguirá viviendo dentro de cada uno de nosotros por siempre.

AGRADECIMIENTO

A tutores de la especialización y asesor del proyecto de investigación por su oportuna y valiosa orientación durante el proceso.

A todos mis profesores de toda la vida que me enseñaron y guiaron para lograr esta meta.

A todas las personas buenas que continúan a mi lado y que he conocido en el transcurso de mi vida.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEORICO	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	19
VARIABLES (DEFINICION TIPO Y MEDICION)	20
MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	26
TABLAS Y GRAFICOS	28
ANALISIS DE RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	40
PROPUESTAS	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXO A	44
ANEXO B	45
ANEXO C	47

MEDICINA DEFENSIVA EN LA PRÁCTICA MÉDICA DIARIA DE LA UNIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR No.33

Romero CH. E., Arvizu I. R. Medicina defensiva en la práctica medica diaria de la unidad de medicina familiar No.33. México, D. F. IMSS. Universidad Nacional Autónoma de México.; 2007.

Introducción: La medicina defensiva (MD) ha sido reconocida como un problema, se define como el conjunto de cambios que realiza el medico en su practica medica, para defenderse de las controversias y demandas en su contra, aplicando procedimientos diagnostico terapéuticos con el propósito de evitar demandas por mala practica. Son múltiples las causas de la MD: la fundamental es una relación medico paciente sin la confianza necesaria. **Material y métodos:** se trata de un estudio observacional, trasversal, descriptivo, exploratoria y prospectivo, con el **objetivo** de estimar la dimensión de la MD en la practica de la Unidad de Medicina Familiar No.33 del IMSS. Se empleo Encuesta de la Comisión Nacional de Arbitraje Medico de autoaplicacion dividida en dos secciones: la primera explora aspectos sociodemográficos y la segunda 17 reactivos tipo Likert en una muestra de 54 médicos de la UMF No.33, con preguntas que exploran el nivel de acuerdo o desacuerdo con actitudes y conductas especificas relacionadas con la practica de la MD, Con los criterios de Selección: Criterios de Inclusión (médicos adscritos a la UMF No.33). Criterios de Exclusión: (personal no medico), Criterios de Eliminación (cuestionarios inconclusos, ilegibles). Con previo consentimiento informado y ayuda de Estadística Descriptiva. **Resultados:** 87.7% presento asociación con algún grado de medicina defensiva. **Conclusión:** la actitud defensiva de los médicos es alta, requiere medidas desde los años de formación que estimulen su contención y combate que permita mejorar la calidad de la práctica médica y la relación medico paciente.



MARCO TEORICO

Los grandes cambios de fines del siglo xx en los patrones de utilización y prestación de los servicios médicos, como el reconocimiento a la protección de la salud como un derecho social, la participación de la sociedad en su autocuidado así como la socialización de la medicina y el avance en la ciencia y tecnología para la salud, contribuyen a logros significativos en la calidad de vida de la población, pero también propiciaron la aparición de dilemas éticos y legales. (1)

La medicina es la ciencia y el arte de precaver y de curar las enfermedades del cuerpo humano. (2) los **objetivos de la profesión** son: conservar la salud, curar o aliviar y, aunque no siempre es posible curar, definitivamente siempre debemos procurar aliviar, consolar y acompañar a nuestro paciente y, desde luego, evitar muertes prematuras e innecesarias. (3)

En 1996 el American Board of Internal Medicine señala que los **elementos** mínimos que debe poseer **la profesión médica** a los pacientes son: proporcionar atención de alta calidad a los pacientes, costo-beneficio y compasividad, dar información confiable sobre su salud y al público, generar nuevo conocimiento médico y preparar buenos médicos como un legado para las siguientes generaciones. La evolución de la medicina(mágica-religiosa) hasta el método científico en el siglo XX, la medicina general prevaleció mucho tiempo hasta que en la segunda mitad del siglo XX nacieran las diversas especialidades, sub-especialidades y sub-subespecialidades ha pasado de ser una practica individual(el medico de cabecera o el medico familiar) a la socialización de la medicina en lugar se ser un arte al servicio de los pacientes se ha trasformado en una actividad comercial para beneficio de algunos cuantos.(4)

En los últimos 30 años la práctica de la medicina en el ámbito privado e institucional en todo el mundo ha cambiado, influida por diversas situaciones, entre las que destacan: el crecimiento de la población, el desarrollo y empleo de la tecnología en el proceso diagnostico terapéutico, la mayor disponibilidad de información por el medico y por el paciente y el cambio o perdida de valores que ha tenido la población en todos los niveles. (5)

Esta situación origino un tipo de practica que se ha denominado **medicina defensiva** que se define como el conjunto de cambios que realiza el medico, en la practica de su profesión, para defenderse de controversias y demandas en su contra, originadas durante el desarrollo de su ejercicio profesional. Es conocida desde la década de los sesenta y reconocida como un problema para los servicios de salud a principios de los años noventa en los Estados Unidos de América. (1). Tancredi en 1978 la definió como una Práctica medica que emplea procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica es una alteración en la forma de ejercer la medicina, inducida por amenaza o posibilidad de demanda, el médico que responde de esta forma intenta prevenir quejas de los pacientes y asentar bases de defensa en caso de una demanda. (6)

La especialización en el vertiginoso ritmo de progreso científico técnico ha propiciado la acumulación de un enorme volumen de información y conocimientos médicos así como la necesidad de estudiar con mayor profundidad los disímiles problemas de las ciencias de la salud provocando la división de la asistencia médica por sectores denominada especialización surgiendo profesionales macroexpertos en microtemas proceso que abrió una brecha para la **despersonalización(deshumanización)** en la atención médica. Se ha cometido el error de tratar una patología o una parte del paciente ignorando el resto de su persona, misma que fractura la unicidad del individuo, afectando la relación médico paciente. Las expresiones más comunes son: falta de calor en la relación humana con distanciamiento afectivo e indiferencia, **(7)**

La metáfora de la maquina esta presente en la especialización actual del quehacer médico donde cada especialista privilegia un minúsculo fragmento del organismo y centra sus esfuerzos en repararlo, despojando aspectos filosóficos, históricos, sociales, económicos, psicológicos, antropológicos y hasta biológicos. **(8)**

La **medicina familiar** como una especialidad médica enfrenta nuevos retos que como disciplina académica estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia permite rescatar la esencia de la medicina por su enfoque horizontal. El **médico familiar** es un especialista que atiende problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico. **(9)**

Las causas de los **cambios en la práctica médica** puede **atribuirse al médico, al paciente y al entorno sociocultural**. En las condiciones del **médico** toma relevancia la relación médico paciente transformada de buena a mala, ya no basada en la confianza, sino en el recelo y temor al reclamo, tradicionalmente entre el paciente y su médico debe haber confianza y libertad; el paciente escoge a su médico por su prestigio o recomendación de terceros y por su desempeño para ganar la confianza de su enfermo. Actualmente esta relación ha cambiado con aumento importante de desconfianza por el paciente por temor de la mala práctica, el médico tiene gran culpa en este cambio de la relación con su paciente, la no establecer una buena comunicación, un intercambio constante, una aclaración de dudas y una orientación cuidadosa. **(1)**

En la CONAMED se reportan 22,000 demandas (2001) donde el principal factor de riesgo de queja es la **falta de comunicación e información**. **(10)**

Otro elemento negativo para **el médico**, es el fenómeno del **síndrome de burnout o agotamiento profesional** descrito por Freudenberg(1974) como un conjunto de síntomas médicos biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía afecta a profesiones que ofrecen "servicios humanos" que deben mantener una relación continua de ayuda hacia otras personas: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, etc., se caracteriza por pérdida progresiva del idealismo, energía y motivación que empobrece la calidad de vida del profesional que lo sufre e influye colateralmente en las personas de su alrededor, generando una comunicación poco asertiva, que limita la comunicación.

Un estudio realizado en España muestra que afecto 100% médicos en comparación de enfermeras (63.6%), los principales generadores de estrés laboral fueron la sensación de desprotección social y el riesgo de mala praxis. (11) En la actualidad **el medico** aplica procedimientos propedéuticos superficiales e incompletos; el interrogatorio exhaustivo con semiológica detallada, la exploración física meticulosa y la hipótesis diagnóstica que incluya diagnósticos sindromáticos, etiológicos y nosológicos solo es aplicada por unos cuantos, la mayoría subordina la clínica a procedimientos diagnóstico terapéuticos sofisticados y costosos con el propósito de evitar controversias y demandas por mala práctica. El desarrollo tecnológico ha multiplicado las oportunidades de beneficiar a los enfermos pero también ha generado nuevos inconvenientes como la tecnificación de la práctica (en el sentido de convertir a los médicos en técnicos), el incremento en los costos y la interposición de la máquina entre el médico y paciente, cuando el médico se enamora de su máquina y se olvida del paciente y cuando este último le cree más a la máquina que al médico, el paciente se comporta como cliente, usuario y consumidor y el médico como proveedor y prestador, los pacientes ya no eligen a su médico en base en la confianza, prestigio sino por el costo de los servicios o la oferta en paquete. El modelo contractual de relación médico paciente se asignan deberes y derechos a cada uno y si alguno falla puede ser demandado por el otro. Otras causas atribuibles al médico son deficiencias en sus conocimientos habilidades y destrezas, por falla en su preparación básica y en postgrado con programas muy técnicos y poco clínicos enfocados en patología poco frecuente y desligados de la solución de problemas comunes, es frecuente que muchos médicos sin entrenamiento formal invadan campos o especialidades que no dominan o por el exceso de confianza realicen procedimientos que rebasan su capacidad, comprometiendo la vida del paciente. (1). El desempeño del **medico** se ve trasgredido por terceros como la medicina institucional, las campañas de seguros y administradoras de servicios de salud que limitan al médico en estudios de laboratorio y gabinete, interconsultas con especialistas y ciertos tratamientos lo que da como resultado la inconformidad del paciente. Con frecuencia las condiciones de trabajo de los médicos hoy día no favorecen una dedicación suficiente a la atención de cada enfermo; los profesionales enfrentan ahora las presiones por la demanda, las exigencias de productividad y la escasez de recursos, además de satisfacer las necesidades de su propia familia. (12)

Las **causas** atribuibles al **paciente** como **motivo de medicina defensiva**: el nivel educativo de los **pacientes** ha incrementado, el acceso a los medios de comunicación como la televisión, radio, periódicos, revistas e Internet que difunden noticias de nuevos medicamentos, procedimientos diagnóstico terapéuticos, han creado expectativas que rebasan la factibilidad real, si el médico no las acota oportunamente se convierten en fuente de frustración, conflictos, y demanda contra médicos por supuesta negligencia situación que los mantiene en alerta y a la expectativa cuando acuden a consulta. La tradición hipocrática, sustentada en el paternalismo muestra a un médico benevolente, omnisapiente y autoritario y a un **paciente** sumiso, obediente donde el primero decide y **ordena** y el segundo solo se subordina.

Los cambios del siglo XX han propiciado que este modelo no sea adecuado, los pacientes han adquirido conciencia de sus derechos, de modo que participan en las decisiones que les conciernen, solicitan otras opiniones y hasta se niegan a seguir prescripciones si no les parecen convenientes. (1,12)

Por otra parte la transición epidemiológica conduce a una acumulación de pacientes crónicos y estos conforman un prototipo distinto del enfermo habitual pues para sobrevivir con la enfermedad tienen que aprender a aceptarla, conocerla y manejarla, dentro de la responsabilidad del médico la educación del paciente se vuelve más importante que la prescripción. (8).

En relación al entorno sociocultural estar influidos por intereses económicos de terceras personas participan en la medicina defensiva en México aun no se llega a los extremos que se observa en Estados Unidos donde los abogados se promueven en televisión, radio, carteles y periódicos, ofreciendo asesoría a médicos y pacientes por supuesta negligencia o demanda penal, que contribuyen a perjudicar a empresas o individuos, debido a un **cambio o pérdida de valores** en la población en todos los niveles. (13)

La **exigencia legítima de la sociedad** de atención médica oportuna, humanizada y de calidad con reclamos inmediatos, si no se cumplen da lugar a **la actitud defensiva del médico** en su desempeño, se define **la actitud** como la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente. La incertidumbre provoca niveles de temor a la demanda cada vez menos tolerables por los médicos, el temor repercute y **modifica el 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 dejar la práctica clínica. Reportes de países desarrollados reportan que las demandas en 1960 eran escasas, estudios actuales demuestran que **uno de cada siete médicos es demandado** cada año. (14)

En Estados Unidos y Canadá países en los que está más desarrollada la medicina defensiva hay abogados que visitan enfermos en hospitales para asesorarlos y estimularlos a que presenten demanda y promuevan sus servicios a medios de comunicación. Las especialidades de mayor número de demandas esta ginecología, obstetricia y traumatología, el problema es tan grande que las asociaciones médicas y compañías de seguros tienen reservas para los costos de juicios por mala práctica. 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 existe un aumento en las quejas ha favorecido el aumento de campañas administradoras de servicios de salud. Un hecho relevante que evito que muchas controversias terminaran en demandas fue la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996 que actúa como mediador evito numerosos juicios.

En su informe de Actividades de 1999 reportó que en dos años y medio recibió 10 507 inconformidades donde el 48% se resolvieron de inmediato con simple gestión para obtener la atención requerida, asesoría o explicación médica; un 46% se intentó la conciliación entre las partes (paciente y prestador de servicio) con éxito en 60% de los casos y 6% restantes correspondió a dictámenes medico-pericial por parte de las instancias procuradoras de justicia. (15)

Un hecho alarmante es un Informe del 2001 de la CONAMED en un periodo de enero a diciembre donde se recibieron un total de 1867 denuncias al IMSS (73%), particulares (20%) y ISSTE (14.9%), lo que representa el grado de inconformidad por parte de los usuarios y es de llamar la atención ya que Medicina Familiar esta dentro de las tres primeras especialidades como motivo de inconformidad del usuario. (10)

El resultado inmediato de esta nueva forma de actuar del médico, del paciente y de la sociedad ha sido el encarecimiento de la medicina cuyo **propósito del proceder defensivo** es contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias por encima del diagnóstico o tratamiento del paciente. Los **aspectos negativos** es la utilización excesiva de recursos diagnósticos indicados por el médico como por petición del enfermo, cambios en los procedimientos terapéuticos donde el paciente es el que solicita o exige el último medicamento enunciado en televisión o en Internet sin importar el costo y el médico para evitarse problemas lo prescribe. Existe selección de pacientes por el médico evitando o derivando los casos con riesgo de demanda. Aumento en las cuotas por honorarios médicos o el uso de seguro contra demanda o se afilia con sociedades profesionales asesoría y abogados en caso de litigio. (16)

La medicina defensiva favorece el abuso de procedimientos diagnóstico terapéuticos, exceso de interconsultas médicas y contratación de seguros contra mala práctica, medidas que incrementan los costos de atención médica sin prevenir los riesgos y deterioran la relación médico paciente. A las responsabilidades tradicionales del médico se suma hoy día la amenaza creciente de ser víctima de demandas judiciales por mala práctica y sufrir sanciones civiles, penales o administrativas con efectos en el prestigio, economía y autoestima de los involucrados. (1)

El médico debe basar su **actuación en** el conocimiento, la pericia, la ética y la experiencia en base a la **responsabilidad médica profesional** que es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión. Los **errores médicos** considerados son: **latrogenias** es todo lo producido por el médico en el enfermo, en su familia y/o en la sociedad cuyo resultado pueden ser positivas o negativas (latropatogenias). **Malpraxis** se da por negligencia es decir por incumplimiento de los elementos inherentes a la profesión o mala conducta profesional, aun teniendo la pericia o conocimiento).

La Impericia es la falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables para la profesión; la impericia temeraria es exposición innecesaria a riesgos por falta de conocimiento). **Imprudencia** es afrontar un riesgo sin haber tomado precauciones para evitarlo; como la precipitación y la inobservancia son causas de culpa.

Las **principales causas de negligencia** tenemos: Negarse a dar procedimientos, no actuación inmediata ante la urgencia, omisión del consentimiento informado, no encontrarse en el lugar requerido, abandono, lesión, secuelas, muerte, y otras.

Las **instancias y tipos de quejas o demandas a las que podemos ser objeto** son: Institucional (administrativa), CONAMED, Derechos Humanos, Judicial (tipo Civil o Penal).

La **persona que interponga la queja** deberá demostrar, la obligación de asistencia, el incumplimiento de la obligación o falla en el deber de atención, que resultó en daño físico (lesiones, muerte) o mental y la cuantía de daños.

Existen situaciones en las cuales no se requiere la presentación de pruebas, en **México estamos regidos por varias instancias legales**; desde la Constitución hasta los Códigos Civil y Penal, el Código de Procedimientos Penales, la Ley General de Salud, los Códigos de Ética, las Normas Oficiales Mexicanas NOM-170-SSA1-1998, del Expediente Clínico, NOM-003-SSA2-1993 “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”, la Carta de Derechos Generales de los Pacientes y médicos o Declaración Universal de Derechos Humanos, y la CONAMED.

La **calidad en los servicios de salud** ha adquirido relevancia en las últimas décadas no solo en México sino en todas las naciones del mundo esto por:

- 1.- El reconocimiento social a la salud como un importante bien del ser humano, que en México se ha elevado a garantía constitucional.
- 2.- La ciencia y la tecnología médica ha permitido avances inimaginables generando mayores expectativas en los pacientes y mayor rigor en la aplicación de criterios técnicos y éticos de la evaluación de la calidad.
- 3.- La preocupación por los altos costos de la medicina que afectan los recursos financieros de las organizaciones de salud y de los pacientes, que trae la necesidad de realizar su uso racional.
- 4.- La optimización de los recursos disponibles.
- 5.- La sociedad actual es más crítica y participativa en la atención de su salud y exige, de acuerdo con sus expectativas, servicios de calidad y buen trato.

Esta preocupación por la calidad es influida por la **evolución de los valores de la sociedad**, el campo de la medicina se caracteriza por el tradicional enfoque hipocrático y paternalista del médico basado en el principio de beneficencia, que ahora se complementa con el reconocimiento de los derechos humanos y del paciente, centrados en el principio de autonomía y las necesidades de la sociedad sustentada en justicia y equidad.

La **responsabilidad del profesional** del personal de salud se legitima en el cumplimiento de las siguientes obligaciones:

De medios es brindar una atención oportuna y adecuada con el mayor beneficio.

De resultados es comprometerse a un resultado seguro como consecuencia de su servicio.

De seguridad cuidando cualquier complicación y minimizando riesgos a los pacientes y utilización correcta y mantenimiento de recursos diagnósticos y terapéuticos. **(1)**

México enfrenta el reto de proporcionar a la población servicios de salud con calidad con respeto a los principios de la ética médica como garantía del cumplimiento a este derecho social.

Existe un incremento de inconformidades como se reporta en la encuesta realizada en 1994 por la Fundación Mexicana para la Salud, muestra que los **principales problemas de la atención médica** son la mala calidad en 44%, falta de recursos 30%, poca accesibilidad, altos costos y pago múltiple de los servicios 26%, problemas relacionados con el trato que reciben los usuarios donde 40% opinaron no ser tratados como merecen, y el 61% calificaron de burocráticas a las instituciones. En otro estudio publicado en 1995 realizado en una institución de seguridad social se determinó que solo 40% de los médicos tenían conocimientos acerca de los derechos de los pacientes, el profesional se enfoca en la enfermedad dejando a un lado los aspectos humanos, conducta que crea conflictos en la relación médico paciente que conlleva la percepción de mala calidad en los servicios. **(17)**

En el Marco de la Reforma del Sector Salud en 1996 se creó la CONAMED (comisión nacional de arbitraje médico) como un órgano desconcentrado cuya misión es contribuir a tutelar el derecho a la protección a la salud y mejorar la calidad de los servicios médicos, a través de la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores. Se asegura a las partes que su actuación estará caracterizada siempre por la ética, imparcialidad, justicia y respeto irrestricto a los derechos humanos. Goza de plena autonomía técnica para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades o negativas en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones técnicas, convenios y acuerdos, laudos y dictámenes. El arbitraje es un método mediante el cual se tratan de resolver extrajudicialmente las diferencias que pueden ocurrir o que han surgido entre dos o más partes, con la actuación de una o varias personas (árbitro o árbitros), quienes derivan sus facultades de acuerdos consensuales de las partes involucradas en la controversia.

La CONAMED para cumplir con el objetivo y las atribuciones encomendadas establece un reglamento interno con la siguiente organización: El Consejo como máximo órgano de gobierno, integrado por 10 personas de reconocido prestigio, ético y profesional, El Comisionado Nacional quien como los consejeros es nombrado por el Ejecutivo Federal, La Subcomisión Nacional "A" como área sustancia y la Subcomisión Nacional "B" como área de apoyo. **(18)**

La CONAMED ofrece a la población diversas posibilidades de solución de conflictos como; información y asesoría, mediación, conciliación y arbitraje. Todos estos pretenden contribuir a la mejoría de la calidad de la atención médica y tiene la característica de ser gratuita, ágiles, expeditos y confidenciales, con el fin de garantizar a las partes la pronta respuesta a sus reclamos. Además la CONAMED garantiza la compensación o indemnización apropiada al paciente que sufra lesiones o daño y evitar la generación de una medicina defensiva. La información y asesoría se realiza en tres modalidades: personal, telefónica y por correspondencia, los asuntos serán recibidos por un equipo conformado por un médico y un abogado que se encarga de brindar la información general de sus derechos y obligaciones de los usuarios y el personal de salud junto con asesoría del problema y complicaciones derivadas de la atención médica. De esta forma algunos casos son resueltos en forma inmediata, los que no se resuelven se inicia la apertura de un expediente. Analizaron que de un periodo de junio de 1996 a mayo de 1999 se recibieron 12 796 asuntos donde un 6263(49%) se resolvió por asesoría (fueron por inconformidades del paciente o de sus familiares por el trato recibido del médico, falta de oportunidad en la entrega de medicamentos o la realización de análisis de laboratorio y estudios de gabinete, tardanza o diferimiento de la atención médica o quirúrgica, o por obstáculo en algún trámite administrativo de los servicios), 5707(45%) por conciliación y 6% culminó con dictamen médico pericial por parte de autoridades de procuración e impartición de justicia. En la conciliación se integra un expediente de queja y se analiza la documentación a la que se adiciona toda aquella información y pruebas que sean presentadas por los prestadores de servicio, con el propósito de contar con los elementos suficientes para valorar el cumplimiento de las obligaciones del profesional o de la institución. Se elabora una valoración integral para establecer en los casos que existen deficiencias, en que consisten, a que se deben y como se pueden evitar. En las audiencias de conciliación se convoca al quejoso y al prestador de servicios ya sea una institución o un representante legal o directamente al profesional cuando este presta servicios en forma privada, siempre ante la presencia de la CONAMED. Se propone el arreglo y se expresan los puntos de vista de las partes para encontrar un acuerdo justo de conformidad con el análisis de hechos. Se llega a la conciliación entre las partes se firma un convenio con la consiguiente solución del conflicto, cuando se detecta la probable comisión de un delito se avisa a la representante social correspondiente.

En caso de no llegar a la conciliación se deja a salvo los derechos del paciente y del medico para que acudan a las instancias jurisdiccionales a dirimir su conflicto, pero previamente se propone el arbitraje que puede realizarse siempre y cuando se cuente con la voluntad de las partes. De los 1507 asuntos admitidos como quejas según el régimen de prestación de servicios de salud el 71% correspondió al IMSS, 22% a la medicina privada, y 7% a instituciones que atienden a la población abierta. Esta diferencia proporcional se debe a que el IMSS cubre al 70% de la población.

En relación con las ramas de la medicina, las quejas se presentaron en mayor proporción en contra de las especialidades:

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	15	%
GINECOLOGIA	14	%
CIRUGIA GENERAL	9	%
MEDICINA FAMILIAR	8	%

El móvil de la queja en contra del medico fue por insatisfacción del paciente o de sus familiares, al no haber conseguido los resultados esperados o por resultados indeseables. En algunos casos los quejosos solicitan la revisión del acto medico con el fin de que si procede, se amoneste, sanciones o castigue al medico.

Para realizar el arbitraje judicial en primer lugar se formaliza la voluntad de las partes, etapa en que las partes pueden optar por la conciliación del conflicto en caso de no encontrar solución se emite un dictamen medico pericial en conjunto con otras instancias de procuración e impartición de justicia. (19)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada día la ciencia medica aumenta la posibilidad de producir cambios en la salud y la calidad de vida de los enfermos con pérdida de su esencia el humanismo, ha dejado de ser un arte de precaver y curar las enfermedades, con la pérdida de la colaboración entre dos expertos: el paciente experto en si mismo y el medico experto en la ciencia. Estos cambios son resultado del reconocimiento a la protección de la salud como un derecho social, donde la participación de la sociedad en su autocuidado, el avance de la medicina y la tecnología propician dilemas éticos y legales.(20) En los últimos 30 años el ámbito institucional existe un crecimiento de la población que demanda atención, con desarrollo y empleo de tecnología en el diagnostico y tratamiento junto como mayor disponibilidad de información para el medico y el paciente lo que ha propiciado cambios o pérdida de valores en toda la población donde el 71% de la seguridad social es proporcionada por el IMSS. Situación que origino un tipo de practica medica denominada medicina defensiva donde el medico realiza cambios en su practica medica para defenderse de quejas y demandas del usuario. Representa un peligroso Boomerang, la medicina familiar se encuentra dentro de las primeras especialidades generadoras de quejas, el medico familiar presenta dificultades para ejercer adecuadamente su trabajo afectando directamente la relación medico paciente con alto riesgo de conflicto con los derechohabientes, favorecido por la presencia del fenómeno de burnout traducido como agotamiento profesional que se caracteriza por la perdida progresiva del idealismo, energía y motivación que empobrece la calidad de profesional e influye colateralmente en las personas que están a su alrededor provocando una actitud apática y negativa que no favorece una buena comunicación, el rol tradicional paternalista del medico familiar era impensable cuestionar al medico mismo que se ha modificado por la excesiva carga de trabajo, por cuestiones administrativas, falta de recursos, el limite de tiempo en cada consulta por paciente mismo que esta mejor informado, para ejercer su autonomía y capacidad de decisión. La encuesta realizada en 1994 por la Fundación Mexicana para la Salud, muestra que los principales problemas de la atención médica son la mala calidad en 44%, falta de recursos 30%, poca accesibilidad, altos costos y pago múltiple de los servicios 26%, problemas relacionados con el trato que reciben los usuarios donde 40% opinaron no ser tratados como merecen, y el 61% calificaron de burocráticas a las instituciones. En un estudio realizado en 1998 en Catalán España, el 98% de los médicos encuestados habían cambiado su forma de ejercer la medicina para evitar demandas las demandas de sus pacientes, entre las practicas defensivas mas habituales en la de evitar los procedimientos de riesgo.

Estas situaciones inspira temor en el medico, temor que por si mismo induce a la medicina defensiva que altera el comportamiento clínico debido a lo amenazante de la responsabilidad por mala practica, por infraestructura incompleta, capacitación insuficiente o baja calidad, falta o escasez de recursos, falta de acceso a un servicio medico, los efectos tóxicos reconocidos de las terapias apropiadas, los razonamientos clínicos desenfocados, el conjunto de todo esto puede llevar al error en ocasiones

estadísticamente inevitable en la carrera de un medico, todos los médicos deben desarrollar la capacidad de reconocer, divulgar y aprender del error. (21)

En México la medicina defensiva existe desde la década de los sesenta y reconocida como un problema para los servicios de salud a principios de los años noventa por el congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, un estudio nacional que demuestra la dimensión de este problema y un reto para la medicina, refleja los altos costos generados por aplicación de esta medicina defensiva donde un 80.6% de los encuestados declaro sentir preocupación por ser demandado algunas veces o frecuentemente y 98% dijo realizar cambios en su practica profesional en respuesta a una posible inconformidad de los pacientes. Es necesario efectuar estudios que determinen el grado de cada uno de los niveles de atención y desarrollar actividades tendientes a evitar el crecimiento de este fenómeno poco ético en su accionar y elevar los costos de la atención en un país cuyos recursos para la atención son de los mas bajos.(22)

En la UMF Num. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social existe poca información respecto a la practica de medicina defensiva, motivo por el cual el objetivo de este estudio es obtener un panorama preciso de la magnitud del problema en la practica diaria del medico familiar, para poder tomar acciones o estrategias en el medico, paciente, institucional y entorno social para evitar este tipo de practica medica poco ética. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cual es la frecuencia de medicina defensiva en la práctica medica diaria en la UMF Num. 33 El Rosario del IMSS?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la frecuencia de medicina defensiva en la práctica diaria de la UMF Num. 33 El Rosario del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer las principales conductas defensivas de la práctica medica diaria en la UMF Num.33.
- Determinar el grado de aceptación de la práctica defensiva en la UMF Num. 33.
- Identificar las características sociodemográficas como sexo, edad, años de experiencia profesional, sector de ejercicio profesional, universidad de procedencia, de los médicos encuestados.

VARIABLES (DEFINICION TIPO Y MEDICION)

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Es el tiempo en años que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Edad al momento de realizar el estudio. Considerando la edad en se termina la carrera.	Cuantitativa ordinal	25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-59 años + 60 años INTERVALOS
SEXO	Es la clasificación en hombres y mujeres tomando en cuenta las características anatómicas y cromosómicas	Se considera ambos sexos	Cualitativa nominal	Femenino Masculino NOMINAL
AÑOS EXPERIENCIA	Tiempo en que ha ejercido la medicina.	Tiempo al momento de realizar el estudio	Cuantitativa ordinal	- 1 año 1-5 años 6-10 años + 10 años
SECTOR DE EJERCICIO	Lugar(es) donde ejerce la medicina.	Lugares donde ha ejercido la medicina al momento del estudio.	Cualitativa nominal	DEPENDENCIA DE GOBIERNO PRIVADA NOMINAL
UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA	Universidad donde termino la carrera de medicina	Universidad de donde procede	Cualitativa nominal	UNAM UAM IPN PRIVADA OTRA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	Estudios de postgrado en la atención integral de las familias	Se tomara los que tengan el título de médicos especialistas en medicina familiar	Cualitativa nominal	SI NO
MEDICINA DEFENSIVA	Cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional.	Por 15 preguntas se explora el nivel de acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la medicina defensiva, tres reactivos centrales establecen la categorización de acuerdo con las conductas defensivas en las preguntas 2,5 y 10.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • NO DEFENSIVO Si el medico no respondió positivamente ninguna de las tres preguntas centrales • SI DEFENSIVO Si el medico responde positivamente al menos a una de las tres preguntas centrales. La aceptación de la práctica defensiva se clasifico en grados de acuerdo con el numero de reactivos que respondieron afirmativamente. MEDICINA DEFENSIVA INCIPIENTE: Una de las preguntas centrales con respuesta afirmativa. MEDICINA DEFENSIVA EVIDENTE: Dos preguntas con respuesta afirmativa. MEDICINA DEFENSIVA MANIFIESTA: Tres preguntas con respuesta afirmativa.

MATERIAL Y METODOS

Estudio realizado en la Unidad de Medicina familiar (UMF) No.33 El Rosario de la delegación Norte, del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social. Abarca parte de la Delegación Azcapotzalco, Municipio de Naucalpan y Municipio de Tlalnepantla del Estado de México. Se ubica en Av. De las Culturas Esquina Renacimiento S/N Unidad Habitacional El Rosario. Unidad clasificada para la atención médica de primer nivel cubriendo un total de 40 colonias cuenta con turno matutino y vespertino con horario de 8:00 a 20:30hrs de lunes a viernes, se brinda atención en 27 consultorios, el material humano del consultorio es un médico familiar y una asistente médica, los cuales se encargan de administrar los recursos necesarios para la atención de una población de más de 2500 derechohabientes. Para su funcionamiento cuenta con área física bien distribuida, cada consultorio cuenta con escritorio, mesa de exploración, báscula para adultos y niños, lavamanos, archivero, escritorio de recepción, sillas, esfigomanómetro de pared, biombo. Cuenta con servicio de odontología, curaciones, medicina preventiva, epidemiología, fomento a la salud, laboratorio, rayos X, estomatología, biblioteca, archivo clínico, farmacia. Cuenta con una dirección y 3 jefes de departamento clínico. En la unidad se cuenta con médicos residentes de la especialidad en Medicina familiar de primero, segundo y tercer grado.

POBLACION

Se realizara a los médicos tanto del turno matutino como vespertino de la Unidad de Medicina Familiar Num. 33 El Rosario.

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional donde se mide la frecuencia de la medicina defensiva en la práctica médica, describiendo su prevalencia en la Unidad Medicina Familiar No.33 El Rosario, en médicos de la unidad tanto del turno matutino como vespertino, explorando la realidad de este tema en base a previa información aplicando 17 reactivos tipo Likert de actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva, de acuerdo con lo referido en la literatura mundial con previo consentimiento informado para participar en el estudio.

Se aplicó cuestionario Nacional elaborado y validado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico del 2005 (anexo B). Instrumento de investigación social sobre el comportamiento asociado a actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva. Se eliminaron cuestionarios inconclusos, ilegibles o mal contestados.

El instrumento es dividido en 2 sesiones de preguntas:

La primera aborda aspectos demográficos como sexo, edad, ciudad, años de experiencia profesional, sector de ejercicio de la medicina, la universidad donde se realizaron los estudios de postgrado.

La segunda parte consta de 17 reactivos tipo Likert sobre actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva, de acuerdo con lo referido en la literatura mundial. El método para medir actitudes es un escalamiento tipo Likert, consiste en una serie de preguntas realizadas en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se administra. Se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo estar de acuerdo o desacuerdo con los puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

Se incluyeron dos afirmaciones distractoras (pregunta 3 y 16). Solo 15 preguntas exploran el acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la medicina defensiva.

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

(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 negativa y amenazante para sí mismo.

(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.

(10) 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.

Se considerara como **no defensivo** si el médico no respondió positivamente ninguna de las tres preguntas centrales. Si responde positivamente al menos a una de las tres preguntas centrales, se considerara 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.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilística por conveniencia en médicos de los 27 consultorios del turno matutino y vespertino de la UMF Num.33.

ANALISIS ESTADISTICO

Se aplico estadística básica (promedio, media y porcentaje) misma que se presenta en tablas y pasteles.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Este estudio fue factible ya que se obtuvieron todas las posibilidades de realización, demostrando que es completamente posible su reproducción y análisis a través de los métodos ya descritos para su elaboración, tomando en cuenta el diseño de estudio, los sujetos de estudio, los objetivos y resultados.

Se contó con suficiente información ética para reunir los requisitos necesarios para la investigación en seres humanos, establecido por la ley general de salud, respetando la aceptación voluntaria de cada medico como su confidencialidad. El presente estudio se efectuó con fines científicos basado en la aplicación de un cuestionario que tiene como propósito conocer la prevaencia de la medicina defensiva en la practica medica, cumpliendo con el reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud emitida en 1987 por la secretaria de Salud en el articulo 17 del titulo segundo, debiendo contar en todo momento con un consentimiento informado, para protección del investigador como de la población a estudiar.

Cumplió con los principios básicos para toda investigación médica como se especifica en el código de Nuremeberg de 1946, de la declaración adoptada el 18ª Asamblea Mundial Medica de Helsinki, Finlandia en Junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Mundial Medica de Tokio Japón, en Octubre de 1975.

Cumplió con las pautas establecidas internacionalmente para la investigación en seres humanos realizadas en la 41ª Asamblea Mundial Médica de Hong Kong Septiembre de 1989 y enmendada en 1993. Que se basa en los principios de respeto por las personas para decidir si participan o no en la investigación sin temor a represalias posteriores, con el fin de obtener el máximo beneficio sin infringir daño a las personas y sin correr ningún riesgo, tratando de manera correcta a las personas. En la 48ª Asamblea General Somerset Western, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, y del consejo de organizaciones internacionales de ciencias medicas(CIOMS) así como de los principios básicos para toda investigación en el IMSS, en todos ellos se justifica el estudio para descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas sin dañarlas y protegiéndolas, hablando del consentimiento informado y de la confidencialidad de los estudios; además de respetar los principios bioéticos de no maleficencia, justicia y autonomía.

RECURSOS

HUMANOS: Medico familiar asesor experto en educación e investigación de la UMF 33 El Rosario, Medico residente de segundo año del curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF No.33 El Rosario, Participación de los médicos adscritos a la unidad.

FISICOS: papel, pluma, lápiz, calculadora, computadora e impresora.

FINANCIERO: Ayuda para material didáctico que se recibe como becario de la especialidad de medicina familiar.

RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y exploratorio en una unidad de primer nivel de atención con la finalidad de identificar la frecuencia de la medicina defensiva en la práctica diaria en los médicos adscritos a la unidad de medicina familiar No. 33 “El Rosario” en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio de encuestas previo consentimiento informado.

El tamaño de la muestra fue de 54 médicos se eliminaron 5 médicos, 4 por no aceptar participar en el estudio y 1 por cuestionario incompleto. La muestra final fue de 49 médicos (90.7%) en los cuales se identificaron los siguientes resultados: El sexo predominante fue el masculino (53%) respecto al femenino (46%). **tabla y grafico (1).**

La edad de predominio fue entre 45-59 años (42.8%) seguida por edad 35- 39 años (16.3%). **tabla y grafico (2).**

Los años de experiencia osciló con más de 10 años en (53%) **tabla y grafico (3).** El sector de ejercicio médico correspondió a dependencia de gobierno (85.7%) donde el 8.1% la ejerce en dependencia de gobierno y a nivel privado. **tabla y grafico (4).**

La universidad de procedencia se distribuyó de la siguiente manera UNAM con (63.2%), IPN (12.2%) y UAM (10.2%). **tabla y grafico (5).**

Seis médicos resultaron no practicar la medicina defensiva (12.2%) al marcar negativamente las tres preguntas centrales mientras que 43 restantes (87.7%) presentaban algún grado de práctica defensiva pues respondieron afirmativamente al menos a una de las tres preguntas centrales. **tabla y grafico (6)**

De acuerdo con los reactivos centrales de las preguntas (2,5 y 10) se categorizó las conductas defensivas, predominando la medicina defensiva incipiente donde respondieron afirmativamente una de las 3 preguntas sin importar cual en (60.4%), la medicina defensiva evidente que respondieron a 2 preguntas en un (25.5%) y la medicina defensiva manifiesta en un menor porcentaje que respondió afirmativamente a las tres preguntas centrales (13.9%). **tabla y grafico (7).**

En los resultados de las preguntas centrales la pregunta 2 (frecuentemente siento temor a ser demandado) se obtuvo un porcentaje del 25.5%, en comparación con la pregunta 10 (he modificado mi practica para evitar ser demandado) se obtuvo un alto porcentaje 60.4% en comparación con la pregunta 5 (mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflicto) que obtuvo un 13.9%. **Tabla y grafico (8)**

Se comparo la frecuencia de conductas defensivas en comparación con conductas no defensivas predominando las defensivas, como uso de mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones (73%), evito procedimientos de alto riesgo (79%), documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente(95.9%), proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas(100%), al tomar las decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo mas posible(57%), en la atención del paciente trato de evitarles complicaciones(100%). **tabla y grafico (9).**

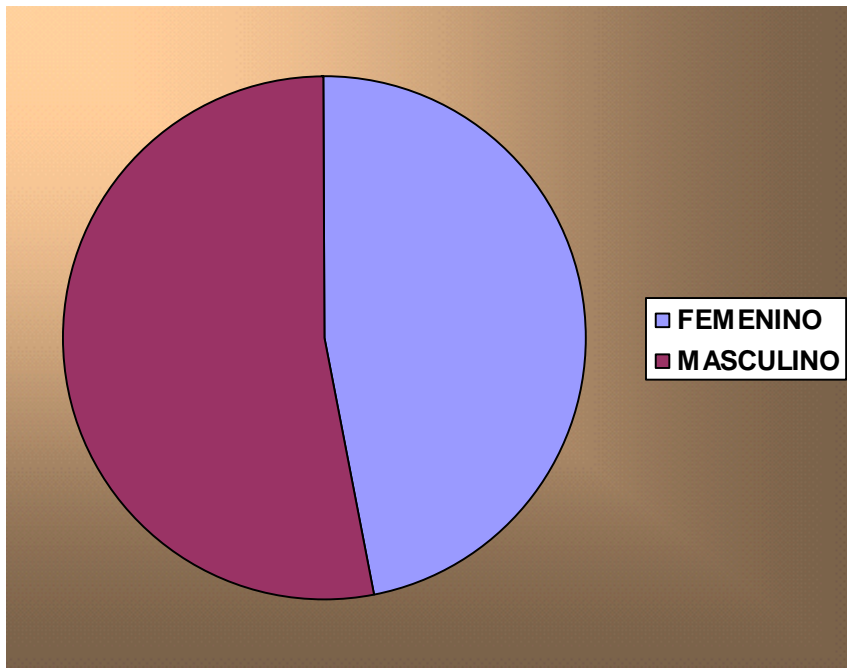
En las preguntas donde no se identificaron conductas defensivas se encontró lo siguiente: al seleccionar un procedimiento diagnostico, empleo el que esta de vanguardia reporto no realizar esta conducta (69.3%), evito atender pacientes en situación de urgencias reporto no realizar esta conducta (93%), evito atender pacientes graves o complicados lo negó (95.9%), para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes respondieron negativamente (83.6%) y refiero con mas frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención no realizaron esta acción (67.3%). **Tabla y grafico (9)**

TABLAS Y GRAFICOS

**TABLA 1
SEXO**

SEXO	MEDICOS	%
FEMENINO	23	46.9
MASCULINO	26	53.06
TOTAL	49	100

GRAFICA 1

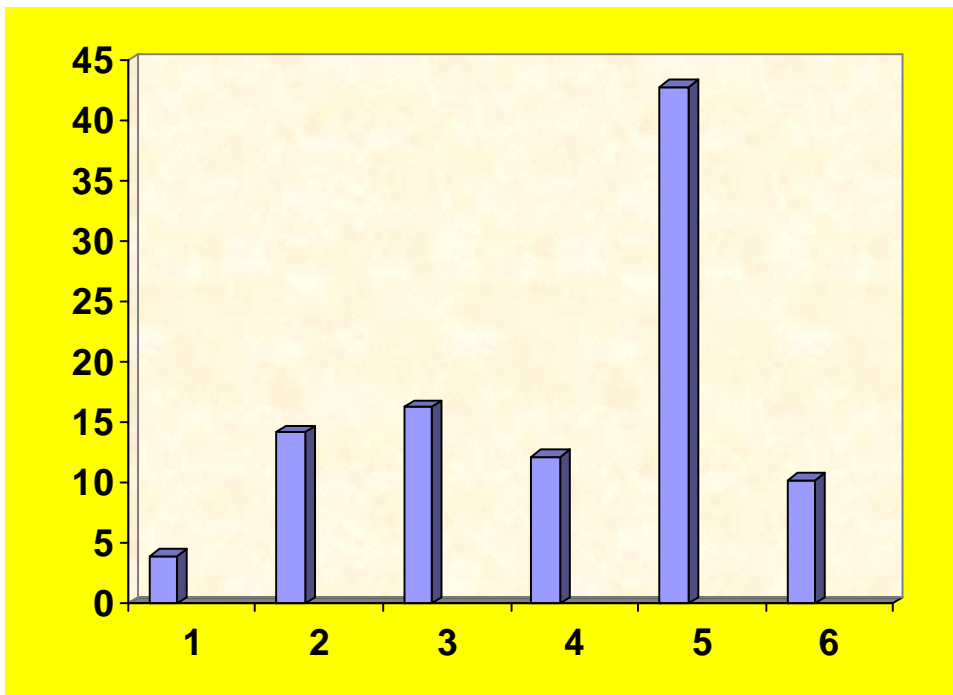


FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 2
EDAD**

	EDAD	MEDICOS	%
1	25-29	2	4
2	30-34	7	14.2
3	35-39	8	16.3
4	40-44	6	12.2
5	45-59	21	42.8
6	+60	5	10.2
	TOTAL	49	100

**GRAFICO 2
EDAD**

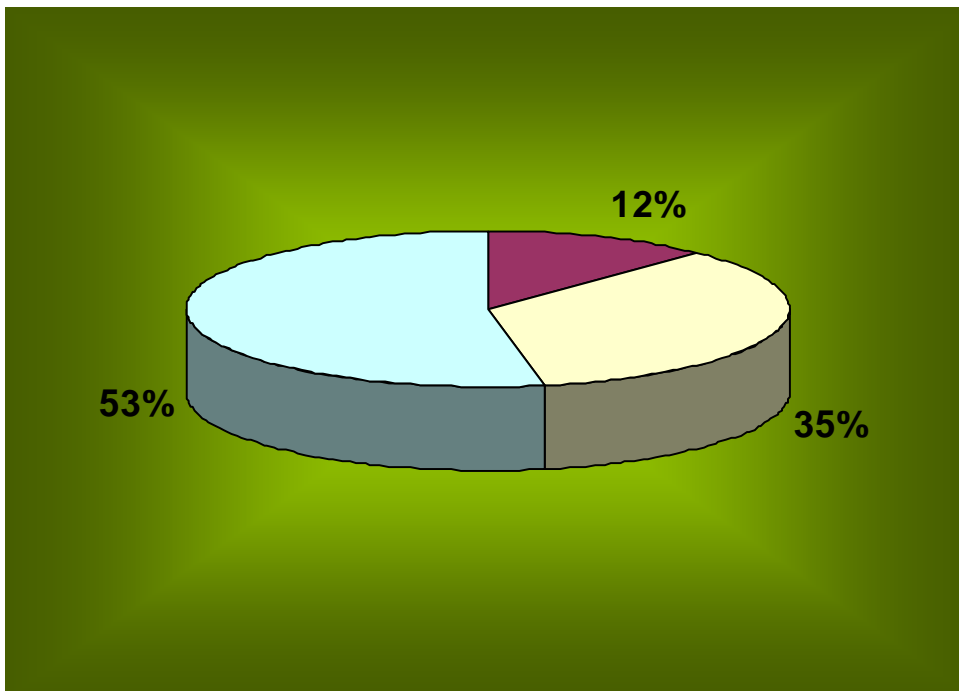


FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 3
EXPERIENCIA LABORAL

AÑOS	MEDICOS	%
1-5	6	12.2
6-10	17	34.6
+10	26	53
TOTAL	49	100

GRAFICO 3
EXPERIENCIA LABORAL

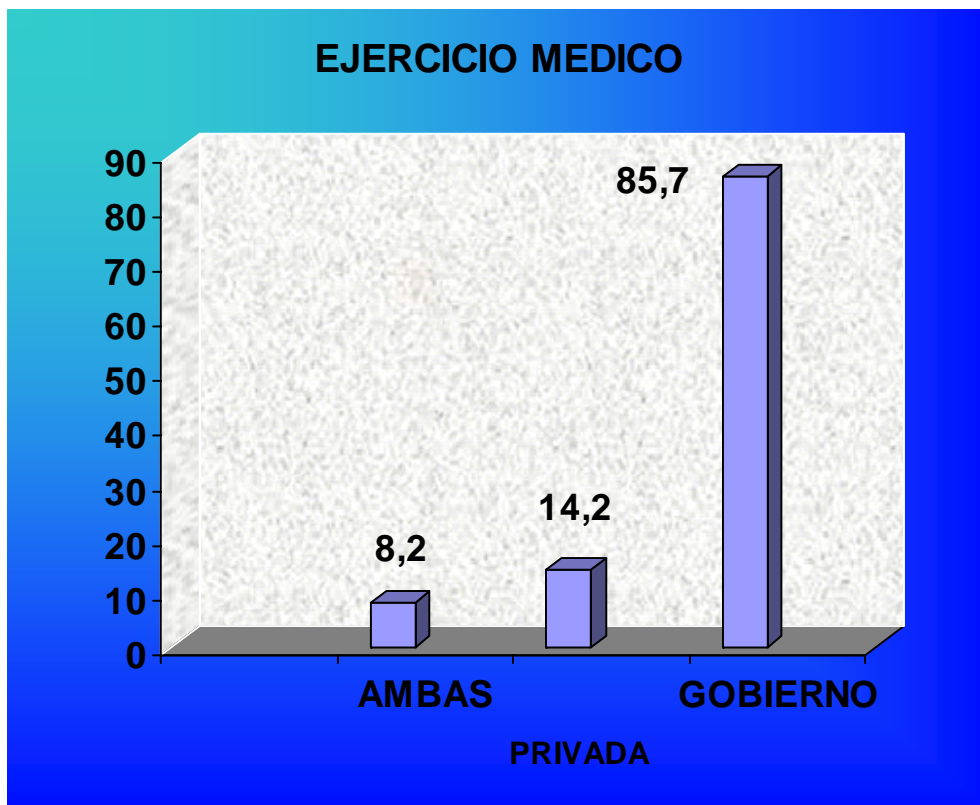


FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 4
EJERCICIO MEDICO**

SECTOR	NUM.MEDICOS	%
GOBIERNO	42	85
PRIVADA	7	14%
AMBAS	4	8%
TOTAL	49	100%

GRAFICA 4

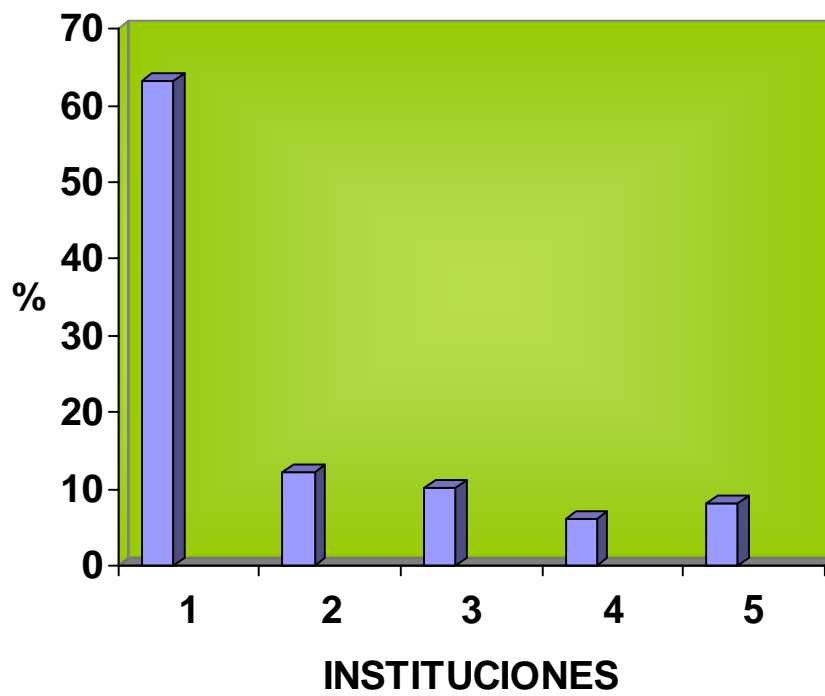


FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 5
UNIVERSIDAD**

UNIVERSIDAD	NUM.MEDICOS	%
1.- UNAM	31	63.2
2.- UAM	5	10.2
3.- IPN	6	12.2
4.-PRIVADA	3	6.1
5.- OTRA	4	8.1

**GRAFICO 5
UNIVERSIDAD**

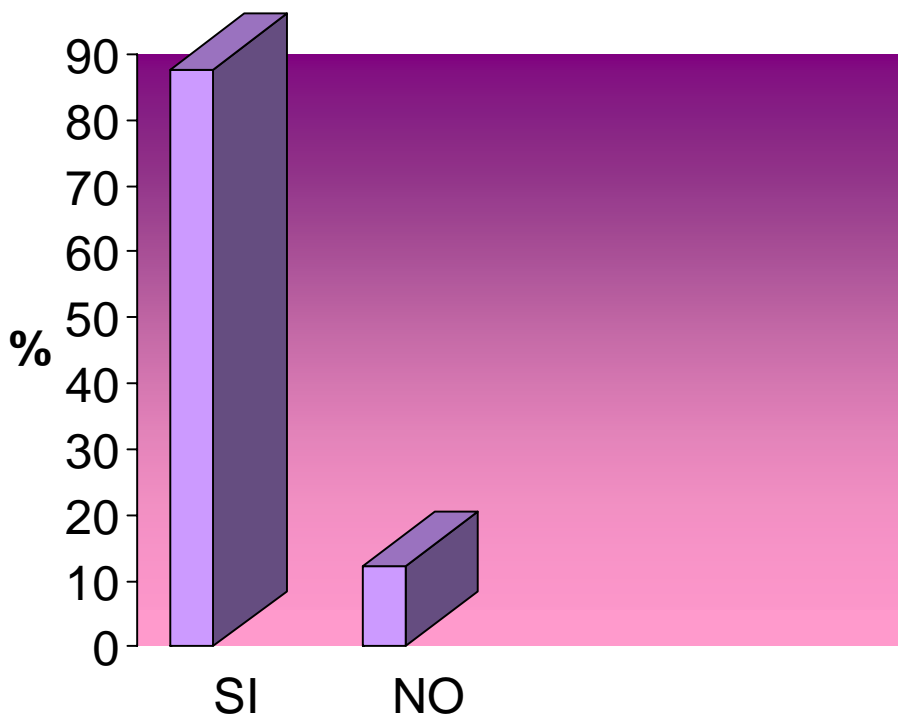


FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 6
MEDICINA DEFENSIVA EN UMF NUM.33

MEDICINA DEFENSIVA	NUM. MEDICOS	%
SI	43	87.7
NO	6	12.2
TOTAL	49	100

GRAFICO 6
MEDICINA DEFENSIVA EN UMF NUM.33

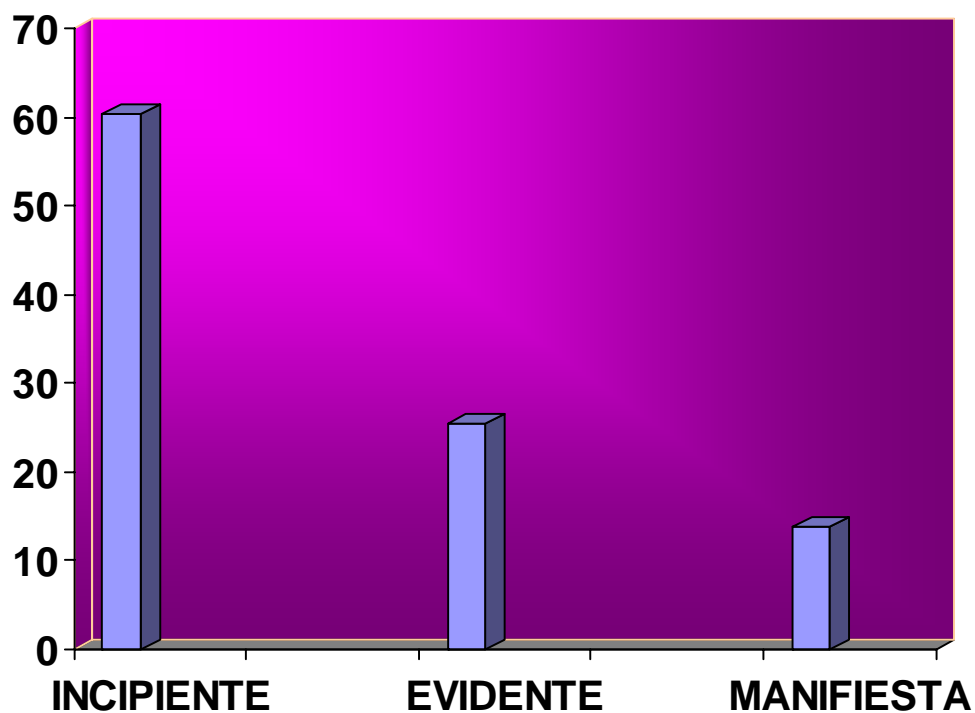


FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 7
CATEGORIAS MEDICINA DEFENSIVA
EN LA UMF NUM.33**

MEDICINA DEFENSIVA	NUM. MEDICOS	%
INCIPIENTE	26	60.4
EVIDENTE	11	25.5
MANIFIESTA	6	13.9
TOTAL	43	100

**GRAFICO 7
CATEGORIAS MEDICINA DEFENSIVA
EN LA UMF NUM.33**



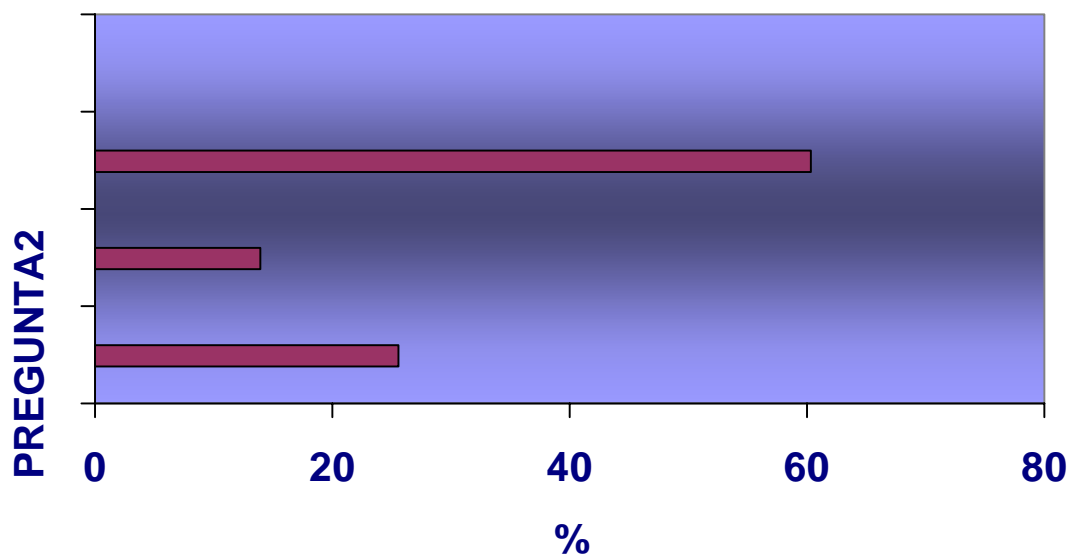
FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATO

**TABLA 8
REACTIVOS CENTRALES**

REACTIVOS	%
FRECUENTEMENTE SIENTO TEMOR A SER DEMANDADO(2)	25.5%
MIS DECISIONES SOBRE EL PACIENTE ESTAN ORIENTADAS A EVITAR CONFLICTOS(5)	13.9
HE MODIFICADO MI PRACTICA PARA EVITAR SER DEMANDADO (10)	60.4%
TOTAL	87.7

GRAFICO 8

REACTIVOS CENTRALES



FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

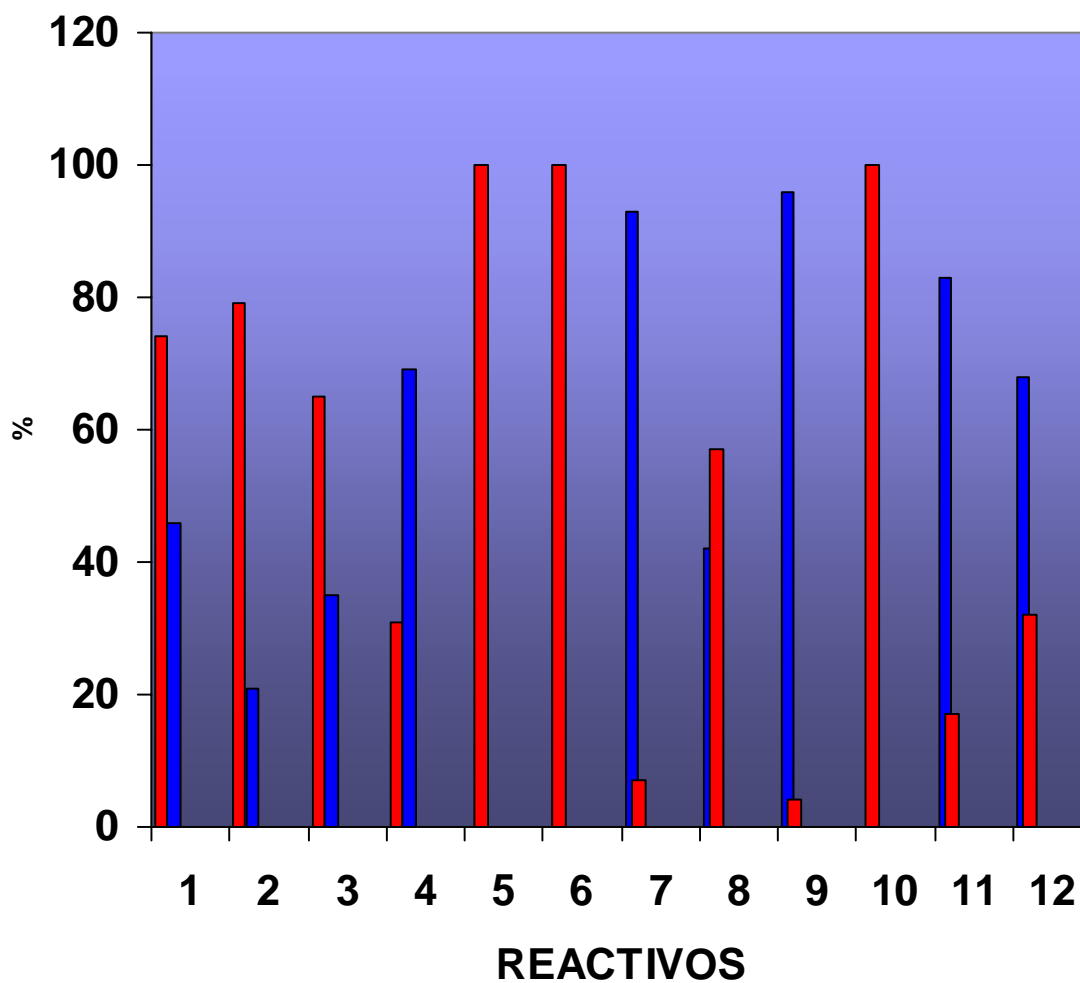
TABLA 9**COMPARACION DE CONDUCTAS NO DEFENSIVAS Y DEFENSIVAS**

REACTIVO	NO DEFENSIVO	DEFENSIVO	TOTAL %
1.- UTILIZO MAYOR APOYO TECNOLOGICO PARA AUMENTAR LA CERTEZA DE MIS DECISIONES	27%	73%	100
2.- EVITO EMPLEAR PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO	21%	79%	100
3.- SOLO EMPLEO PROCEDIMIENTOS DE BAJO RIESGO	34%	66%	100
4.- AL SELECCIONAR UN PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO EMPLEO EL QUE ESTA DE VANGUARDIA	69%	31%	100
5.- DOCUMENTO EN EL EXPEDIENTE CLINICO LA MAYOR PARTE DE LAS CONDICIONES EN QUE SE DA LA ATENCION DEL PACIENTE	0	100%	100
6.- PROPORCIONO AL PACIENTE LA MAYOR INFORMACION POSIBLE PARA EVITAR PROBLEMAS	0	100%	100
7.- EVITO ATENDER PACIENTES EN SITUACIONES DE URGENCIA	93%	7%	100
8.- AL TOMAR LAS DECISIONES SOBRE EL PACIENTE TRATO DE COMPLACERLO LO MAS POSIBLE	42%	58%	100
9.- EVITO ATENDER PACIENTES GRAVES O COMPLICADOS	96%	4%	100
10.- EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES TRATO DE EVITAR COMPLICACIONES	0	100%	100
11.- PARA ASEGURARME QUE NO HABRA PROBLEMAS CITO AL PACIENTE CON MAYOR FRECUENCIA QUE ANTES	84%	16%	100
12.- REFIERO CON MAS FRECUENCIA A MIS PACIENTES A OTROS ESPECIALISTAS O A OTRO NIVEL DE ATENCION	68%	32%	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICO 9

COMPARACION DE CONDUCTAS NO DEFENSIVAS Y DEFENSIVAS



FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ANALISIS DE RESULTADOS

La investigación realizada sobre la frecuencia de la medicina defensiva en la practica diaria de los médicos en la UMF num. 33 se tuvo la participación de 49 médicos, donde el (53%) perteneció al sexo masculino y (46%) al sexo femenino, la edad oscilo entre 35 y 59 años siendo el intervalo de edad mas frecuente 45-59 años (42%) su experiencia profesional fluctuó entre 6 y 10 años con predominio de mas de 10 años(53%) donde un mayor porcentaje tuvo formación en la UNAM(63%), con estos datos podemos visualizar la experiencia laboral, que cuenta el personal medico, misma que reflejo una serie de cambios en la conductas en relación a la atención medica a consecuencia de los avances en el conocimiento y los cambios del entorno sociocultural, mismos que han generado los cambios en la practica medica actual. Según lo reportado por la encuesta nacional (1) donde el nivel educativo de los pacientes así como el acceso a medios de comunicación han creando expectativas que rebasan la factibilidad real situación que mantiene en alerta y a la expectativa a los médicos al atender a un paciente en su consulta.

El sector de ejercicio medico predomino en dependencias de gobierno en un 85% según lo reportado por la Conamed el IMSS fue el sector mas demandado en un 71% esta dependencia brinda la atención a la tercera parte de toda la población en el país donde se cuenta se deben cumplir obligaciones tanto institucionales como profesionales (19). El trabajo profesional se ve afectado por nuevos desafios uno de los principales es el agotamiento profesional (11) que empobrece la calidad de vida del profesional que la sufre e influye al personal de su alrededor.

Se encontró la presencia de medicina defensiva en un alto porcentaje (87%) en comparación con la medicina no defensiva (12.2%), donde el medico realiza cambios en su practica diaria con el único objetivo de defenderse de controversias y demandas en su contra, que apoya lo reportado en la encuesta nacional de medicina defensiva.

Los principales reactivos que categorizaron la medicina defensiva permite identificar que la mayor preocupación se centra en la modificación de la practica medica para evitar ser demandado (60.4%) donde existe exigencia de la atención medica con calidad provocando niveles de temor a ser demandados cada vez menos tolerables donde uno de cada siete médicos es demandado cada año, misma que se evaluó en la pregunta de frecuentemente siento temor a ser demandado (25.5%) en menor porcentaje donde mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos(13.9%). Permitted conocer que no tenemos una medicina defensiva manifiesta prevaleciendo la incipiente en un (60%) lo que puede favorecer el uso de estrategias que eviten una medicina defensiva manifiesta mismos ocasionan una medicina poco ética y mas deshumanizada.

Dentro de la comparación de conductas defensivas la de mayor porcentaje fue la documentar en el expediente clínico la mayor parte de condiciones en que se da la atención del paciente (100%) donde el medico al estar viviendo un nuevo trance por el reclamo de los pacientes con desaparición del modelo paternalista justifica la existencia del expediente clínico en el contexto de la beneficencia y anota todo lo que es útil para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente principio que ha guiado la medicina desde siempre. Se encuentra relación con la pregunta en la que se proporciona al paciente la mayor información posible para evitar problemas (100%) y complicaciones en el paciente (100%), debido a que el medico ha tomado conciencia de la importancia de una buena comunicación en la relación medico paciente para evitar el recelo o temor al reclamo, favoreciendo la confianza, permitiendo la colaboración entre dos expertos: el paciente experto en si mismo y el medico experto en la ciencia.

La pregunta en que utiliza mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones (73%) estuvo de acuerdo debido a que en la actualidad el medico aplica de manera superficial e incompleta el interrogatorio exhaustivo con semiología detallada, la exploración física ha dejado de ser meticulosa subordinando la clínica a procedimientos diagnósticos en ocasiones innecesarios y costosos con el objetivo de evitar demandas.

Se encontró que un alto porcentaje de médicos evita el uso de procedimientos de alto riesgo (79%) y emplea procedimientos de bajo riesgo (65%) considerando es una unidad de primer atención por causas institucionales y económicas no se cuentan con los recursos para la atención de este tipo de procedimientos.

En contra parte se encontró desacuerdo al seleccionar procedimientos diagnósticos de vanguardia (69.3%) como consecuencia de la baja infraestructura incluso en casos necesarios no se cuenta con el recurso.

Se reporto que no efectúan con mas frecuencia pacientes a otros especialistas o a otro nivel(67%) ni citan con mayor frecuencia que antes(83%), evitar atender a pacientes con situaciones de urgencia(93%) a diferencia en lo reportado por la encuesta nacional ambas eran realizadas por todos los especialistas. El medico familiar como medico en el primer nivel de atención debe contar con una preparación sólida que le permita identificar en que momento se debe referir a un paciente o evaluar un nuevo tratamiento es lo que hace a la medicina familiar tener un enfoque integral que por la especialización ha fragmentado a la medicina limitando el quehacer medico despojando aspectos filosóficos, históricos, sociales, económicos, psicológicos y antropológicos de las otras especialidades por el enfoque horizontal tenemos una ventaja respecto a las demás especialidades.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que la medicina defensiva es de gran trascendencia en el quehacer medico, en la UMF Num. 33 El Rosario se identifico que la magnitud de la medicina defensiva es alta (87.7%) en comparación con la medicina no defensiva (12.2%) como lo reportado en la encuesta nacional por la CONAMED.

La principal causa del proceder actual del medico es evitar ser demandado (60.4%), considerando que esta es una institución de mayor numero de demandas en comparación con las otras instituciones.

La medicina familiar no se queda atrás respecto a las otras especialidades con mas porcentaje de demandas ya que esta colocada entre las primeras cuatro, situación que aumenta el temor y emplea decisiones en relación al diagnostico y tratamiento con el único objetivo de evitar ser demandado por el paciente como lo reporta el presente estudio.

Es un problemas cuya vulnerabilidad es decir la manera en puede ser resuelto necesita la participación de equipo de salud, el gobierno y la población en general.

Este tipo de medicina defensiva en un primer de atención permite que el medico familiar participe de manera anticipatorio en evitar este tipo de conductas empleando todos recursos para solucionar o disminuir el problema por ser una especialidad horizontal tienen ventaja sobre las demás especialidades al conocer mas el entorno bio-psico-social del paciente que favorece una mejor relación medico paciente que se encuentra actualmente deteriorada a causa la demanda que se demostró en el estudio misma actitud que resulta costosa y poco ética.

Este tipo de medicina va en incremento también por los cambios en la transición epidemiológica con aumentos en las enfermedades crónico degenerativas donde el reto para el medico familiar es doble ya que no necesita tanto de la prescripción de medicamentos sino de una atención basada en la educación de su enfermedad es decir hacerlo experto en su padecimiento favoreciendo la confianza por parte del paciente y disminuye el temor al reclamo que muchas veces se ve afectado por la medicina institucional como la exigencia de productividad y escasez de recursos por lo que se deben mejorar reformas laborales que permitan una atención con calidad no en cantidad.

Esta investigación nos permitió conocer que la medicina defensiva forma parte del actuar diario en un primer de atención se comporta como un boomerang a consecuencia de una población que demanda una mejor atención con calidad, exige mejor preparación del medico familiar donde el quehacer medico se ha convertido en una lucha entre expertos donde el medico que indica el mayor numero de estudios de laboratorio o medicamentos costosos es catalogado como el mejor situación poco ética y costosa para una sociedad como la de nuestro país.

PROPUESTAS

El medico familiar se debe convertir en asertivo es decir aquel que tiene la confianza en si mismo, porque esta seguro de sus conocimientos, de sus opiniones, de sus intenciones, ser expresivo, espontáneo y seguro que ejerza un verdadero liderazgo en la relación medico paciente a través de un modelo de comunicación deliberativo que promueve que se respeten los derechos de los demás y promueve que se respeten los suyos.

Mejorar la relación medico paciente que favorezca una comunicación directa con empatia mediante estrategias de prevención del conflicto, implica una conducta asertiva en la que el medico defiende su derechos y opiniones en forma honesta y apropiada sin violentar los derechos de los demás, basándose en el respeto y en la comunicación.

Informar de manera detallada y con la frecuencia que el caso lo amerite, acerca de la indicación, riesgos y costo-beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos; de la evolución de la enfermedad con las posibilidades terapéuticas y riesgos, de las complicaciones esperadas, del pronóstico para la función y la vida en los diferentes plazos.

El medico familiar debe obtener sus conocimientos actualizados mediante una educación continua efectiva, para poder orientar todos los medios a su alcance y ayudar a nuestros pacientes.

Debemos usar nuestras herramientas de comunicación en la relación medico paciente que favorezca una medicina asertiva con una comunicación que nos permita garantizar que los mensajes que transmitimos sean lo suficientemente claros y directos, expresando lo que creemos, sentimos y pensamos de manera directa en el momento oportuno, para evitar una interpretación inadecuada por el paciente y sus familiares.

Mejorar la preparación básica del medico con programas y métodos y técnicas acorde con los cambios en tecnología educativa, la transición demográfica, epidemiológica y los cambios sociales.

Retomar la clínica por encima de la tecnología, empleando mas tiempo en los años de formación para el abordaje de la propedéutica que es la esencia de la medicina con mejoría en el juicio clínico y mejora en el empleo racional de la tecnología.

Los medios de difusión y las instituciones del sector salud deben orientar a médicos, pacientes acerca de sus derechos y obligaciones para conservar y recuperar su salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Valle AG. Arbitraje Medico: Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos. 1ra ed. Trillas; 2005. p.146-56.
2. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 21ª ed. España: Espasa- Calpe, (T2): 1345.
3. Pérez Tamayo R. Los limites de la medicina. Medicina Universitaria 2000; 2:170-5.
4. Galarza DA, Esquivel JA, Garza MA. Médicos, pacientes y administradores en el ejercicio actual de la medicina en México. Medicina Universitaria 2002 Octubre-Diciembre; 4(17): 259-61.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Información del Sector Salud y Seguridad Social. 1999; 15:33 y 51.
6. Trancredi LR. The problem of defensive medicine. Science 1978; 200(4344): 879-82.
7. Acosta J. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela, 1997.
8. Viniegra L. Las enfermedades crónicas y la Educación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44(1): 47-49.
9. Archivos en Medicina Familiar. An Internacional Journal 2005; 7(1): S3-39.
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. México 2001.
11. Reyes J, Pérez P. Síndrome de Burnout en Personal Medico y de Enfermería del Hospital "Santa Lucia" de la localidad de Santa Lucia. Revista de Posgrado de la VIª Catedra de Medicina 2007 Marzo; 167:1-6.

12. Bodenheimer T. The American Care System. Physician and the Changing Medical Marketplace 1999; 340:584.
13. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine. BMJ 1995; 310(6971): 27.
14. Palmisano D. Health Care in crisis. Circulación 2004; 109(24):2933-95.
15. Korcok M. Medicalegal hell in Texas. Can Med Assoc 1995; 153(7): 963.
16. Rivero SO. Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. Rev CONAMED 1999; 3(13):7-11.
17. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención medica en investigaciones sobre servicios de salud. Una antología 1995; Washington.
18. CONAMED, Reglamento Interno México, 1996.
19. CONAMED. Informe estadístico, DGEI, México, Junio de 1996 a mayo de 1999.
20. Lopez L, Palapa R, Bueno ME, Mendez MA. Conocimiento de la Responsabilidad profesional en la práctica medica 2006; 20(3): 132-138.
21. Tena C, Sánchez JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva 2005; 73: 553-9.
22. Sánchez JM, Tena C, Mahuina E. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización 2005; 3:199-206.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33 "EL ROSARIO"
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **"MEDICINA DEFENSIVA EN LA PRACTICA MEDICA DIARIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 EL ROSARIO"** registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar la frecuencia de la Medicina Defensiva en la práctica médica diaria de la Unidad de Medicina Familiar Num.33 El Rosario.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que el investigador por medio de una encuesta recabe información acerca de percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la práctica de la medicina defensiva.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: mejorar la calidad de la atención médica, establecer medidas que estimulen su contención y combate, permitiendo rescatar la esencia de la medicina al mejorar la calidad de la práctica médica y la relación médico en la práctica médica diaria de la unidad de medicina familiar Num. 33. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigo

Testigo

CLAVE 2810-003-002

ANEXO B

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 El Rosario CUESTIONARIO SOBRE LA FRECUENCIA DE MEDICINA DEFENSIVA EN LA PRACTICA MEDICA DE LA UMF No.33 EL ROSARIO.

El siguiente cuestionario es con fines de investigación se pide que conteste con sinceridad.

FECHA-----

SEXO----- EDAD----- AÑOS EXPERIENCIA-----

SECTOR DE EJERCICIO DE LA MEDICINA (marque x)

DEPENDENCIA DE GOBIERNO ()

PRIVADA ()

UNIVERSIDAD DONDE REALIZO LOS ESTUDIOS DE MEDICINA-----

Dadas las tendencias actuales de la práctica de la medicina, en mi ejercicio profesional marque con una X según considere:

1. Utilizo mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones:

Acuerdo () desacuerdo ()

2. Frecuentemente siento temor a ser demandado.

Acuerdo () desacuerdo ()

3. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos.

Acuerdo () desacuerdo ()

4. Evito emplear procedimientos de alto riesgo.

Acuerdo () desacuerdo ()
SI

5. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos.

Acuerdo () desacuerdo ()

6. Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo.

Acuerdo () desacuerdo ()

7. Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia.

Acuerdo () desacuerdo ()

8. Evito atender pacientes con situaciones de urgencia.

Acuerdo () desacuerdo ()

9. Al tomar las decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible.

Acuerdo () desacuerdo ()

10. He modificado mi práctica para evitar ser demandado.

Acuerdo () desacuerdo ()

11. Evito atender pacientes graves o complicados.

Acuerdo () desacuerdo ()

12. Documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente.

Acuerdo () desacuerdo ()

13. Proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas.

Acuerdo () desacuerdo ()

14. En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones.

Acuerdo () desacuerdo ()

15. Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes.

Acuerdo () desacuerdo ()

16. Me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes.

Acuerdo () desacuerdo ()

17. Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención.

Acuerdo () desacuerdo ()

ANEXO C**CRONOGRAMA:**

ACTIVIDADES

FECHA

DELIMITACION DEL TEMA REVISION Y SELECCIÓN BIBLIOGRAFICA	10 NOVIEMBRE 2007
ELABORACION DE PROTOCOLO	DICIEMBRE 2008
PRESENTACION DE PROTOCOLO	20 FEBRERO 2008
PRESENTACIÓN DE PROTOCOLO AL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.	MARZO 2008
RECOLECCION DE DATOS	MARZO 2008
ANALISIS DE RESULTADOS	ABRIL 2008
ESCRITURA DE TESIS	MAYO 2008