

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MEDICA ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**“FRECUENCIA DE LA MEDICINA DEFENSIVA EN MEDICOS ESPECIALISTAS EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA”**

**TESIS
PRESENTADA POR :
DRA.PALOMA GABRIELA MARTINEZ VALLE
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

ASESOR: DR JUAN CARLOS MARTINEZ CHEQUER

México, D.F., Febrero 2013

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

TESIS :

**“FRECUENCIA DE LA MEDICINA DEFENSIVA EN MEDICOS ESPECIALISTAS EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA”**

Registro del Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud:
R- 2012-3606-3

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez

Director

Dr. Carlos Emiro Morán Villota

Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer

Tutor de tesis

AGRADECIMIENTOS .

Le agradezco a mi asesor el Dr. Juan Carlos Martínez Chequer por toda su paciencia, ayuda y su gran ejemplo de integridad.

A mi amado esposo Eduardo que siempre estuvo a mi lado y me brindo su apoyo y amor , así como a mi hijo Benjamín que es el motor de mi vida.

Mis Padres que gracias a su ejemplo soy esta persona y a mis hermanos que siempre me toleraron y el estar alejados en muchas ocasiones.
José te deseo de todo corazón que encuentres tu camino y se cumplan tus deseos e ilusiones.

A mi Abuela y tía Eugenia que son la principal motivación para ser médico.

Y no menos importante al IMSS por brindarme todo el apoyo para lograr esta meta.

INDICE

	Página
Abreviaturas -----	5
Resumen -----	6
Marco Teórico -----	7
Objetivo -----	9
Planteamiento del problema -----	10
Justificación -----	11
Material y Métodos -----	12
Resultados -----	15
Discusión -----	19
Conclusiones -----	21
Bibliografía -----	23
Anexo 1 (encuesta) -----	24

ABREVIATURAS

- IMSS : Instituto Mexicano del Seguro Social.
- UMAE : Unidad Medica de Alta especialidad.
- MD: medicina Defensiva .
- AMA : Asociación Médica Americana.

RESUMEN

Introducción: La medicina defensiva es un problema para los servicios de salud en varios países del mundo. Se define como la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente. Son múltiples las causas de la medicina defensiva: la fundamental es el establecimiento de una relación médico-paciente sin la confianza necesaria

Objetivo Principal: Determinar la frecuencia de la medicina defensiva y sus características sociodemográficas en los médicos especialistas de Ginecología y Obstetricia en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala del IMSS.

Material y métodos: Se trató de un estudio observacional, transversal y descriptivo, de naturaleza exploratoria. Se aplicó una encuesta de auto aplicación la cual fue validada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México a médicos de base especialistas en Ginecología y Obstetricia de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala del IMSS del 1 al 25 de Noviembre del 2012; la aceptación de la practica defensiva se dispuso en grados de acuerdo con el numero de reactivos que respondieron afirmativamente, incipiente 1 de las 3 preguntas centrales, evidente 2 de las 3 preguntas y manifiesta las 3 preguntas afirmativas.

Resultados: se aplicaron 67 encuestas de las cuales el 55% de los médicos tuvieron algún grado de práctica defensiva y el 45 % resultaron no ser defensivos.

De las encuestas consideradas como médicos defensivos, los grados se distribuyeron de la siguiente manera: incipiente, 16 encuestas (43 %); evidente, 13 encuestas (35 %); manifiesta, 8 encuestas (22 %).

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa de acuerdo con el sexo, ya que aceptó realizar prácticas defensivas 74 % de los hombres y sólo 45 % de las mujeres (< p 0.03). Se apreció que los grados de práctica de MD por genero se distribuyeron de diferente forma, mientras en los hombres se manifestó por igual en los diferentes grados , en las mujeres el grado de medicina defensiva incipiente comprendió casi el 80% de la práctica de MD con una diferencia estadística $p < 0.001$.

Conclusiones: Los resultados de la presente encuesta clasificados en tres diferentes grados, indicaron en general una frecuencia alta de actitudes orientadas hacia la práctica de la medicina defensiva. Los resultados, con tendencia superior al 50 % de manifestación de actitudes relacionadas con la medicina defensiva coinciden con lo reportado a nivel nacional. Hoy, más que nunca, la relación médico-paciente se encuentra deteriorada por diversos factores, entre los que destaca la demanda que ha propiciado la práctica de la medicina defensiva, actitud que en muchos países ha demostrado ser inapropiada, costosa y poco ética.

MARCO TEORICO.

Se dice que la práctica médica está en crisis, cuando no se cuenta con un medico obstetra para dar atención a una mujer en trabajo de parto y sufrimiento fetal. Por ejemplo, en el verano del 2004 en Filadelfia del Sur cerró sus puertas la ultima sala de maternidad por los altos costos de las demandas médicas, ningún hospital general atiende partos y siete de las 39 salas de maternidad están cerca de ser cerradas o ya lo han hecho. Tan solo en el estado de Nueva York el 16 % de los obstetras han cesado sus actividades debido a los altos costos de las demandas.¹

En los Estados Unidos de Norteamérica un médico obstetra durante su carrera puede ser demandado hasta 2.64 veces.² El costo por demandas va de 70 a 126 billones de dólares, según el Departamento de Salud y Servicios Humanos.¹ En nuestro país no hay reportes sobre costos, pero existen en la Comisión Nacional Arbitraje Médico una queja por cada 10 000 embarazos resueltos, una por cada 275 000 partos atendidos y una por cada 270 000 cesáreas.³

Como mecanismo de reacción para evitar las demandas, el médico inicia la práctica de la medicina defensiva (MD) que puede ser causada entre otras: por una transformación social hacia el estado de bienestar, la ponderación de la autonomía en la decisión del paciente, los riesgos de la nueva farmacología, la especialización y la súper especialización, el trabajo en equipo, el aumento en los costos de las aseguradoras la legislación y la jurisprudencia sobre el consentimiento informado.⁴

Se define como medicina defensiva a la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito explícito principal de defender al médico de la crítica, contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.⁵

En general se condena la práctica de la medicina defensiva ya que condiciona la pérdida de la confianza entre el médico y el paciente, deteriorando su relación. Esta pobre relación también puede ser causa de la MD, estableciéndose un círculo vicioso⁶, cuyas consecuencias constituyen incremento en el gasto sanitario, pérdida de tiempo, pruebas diagnosticas innecesarias que pueden condicionar la responsabilidad médica por asistencia indebida.⁴

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología sugiere que se gasta anualmente 80 billones de dólares en MD, cantidad que podría ser utilizada para proporcionar atención médica a 40 a 50 millones de gente no asegurada.²

Un estudio realizado por Studdert y col⁷ en diferentes especialidades quirúrgicas se desarrollan en un medio ambiente de negligencia encontró que el 93 % de quienes practican la MD.

Los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, ordenan más pruebas que las necesarias en un 54% y el 59 % refieren pacientes a otras especialidades en circunstancias innecesarias, al igual que evitan procedimientos riesgosos o intervenciones que el paciente necesita y en un mayor porcentaje que en otras especialidades quirúrgicas cerca de la mitad procura no atender pacientes de alto riesgo.

En nuestro país Sánchez y Tena⁵ en una población en general reportan la práctica de la MD en un 61.3 % y alrededor de la mitad, evita atender a pacientes en situaciones de urgencia, graves o complicados

OBJETIVO PRINCIPAL.

Determinar la frecuencia de la medicina defensiva en los médicos especialistas Ginecología y Obstetricia y sus características socio demográficas en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

1. Determinar las diferencias por género de quienes practican MD.
2. Identificar las diferencias por grupos de edad de quienes practican MD.
3. Identificar la antigüedad laboral de quienes practican la MD.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La MD se presenta como consecuencia de una mala relación medico paciente y por el incremento en las demandas. Siendo más frecuente entre las especialidades quirúrgicas, en los Estados Unidos de Norteamérica se refiere en un 93 % y en nuestro país en un 61 %, ante lo cual se plantea:

¿Cuál es la frecuencia de la medicina defensiva en los médicos especialistas de ginecología y obstetricia y las características socio demográficas de quienes la practican en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala?

JUSTIFICACIÓN.

La MD condiciona un deterioro en la relación médico paciente, así como la indicación innecesaria de estudios, y la omisión de tratar pacientes con enfermedades graves o con enfermedades riesgosas, lo que nuevamente conlleva a un incremento en el deterioro de la relación del médico con el paciente y a la posibilidad de ser demandado por una mala práctica médica. Es necesario conocer cuál es la frecuencia de la MD en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 Luis Castelazo Ayala y determinar las características de la misma para poder establecer las medidas necesarias para evitarla o bien disminuirla.

HIPOTESIS.

No requiere por el diseño del estudio.

MATERIAL Y METODOS

Se trató de un estudio observacional, transversal y descriptivo de naturaleza exploratoria donde el objetivo fue estimar la frecuencia de la medicina defensiva a los médicos especialistas de Ginecología y Obstetricia, que fue sometido para su evaluación al Comité Local de Investigación y Ética de la UMAE No. 4 en salud, quien lo autorizó con registro R- 2012-3606-3

Para lo cual se utilizó el instrumento de medición de medicina defensiva propuesto por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y validado por ellos mismos (anexo 1) ⁽⁵⁾.

La encuesta fue de auto aplicación a médicos especialistas de Ginecología y Obstetricia de la UMAE No. 4, la tesista residente del cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia Paloma Gabriela Martínez Valle acudió a los diferentes servicios del área hospitalaria en los cuatro turnos del 1 al 25 de Noviembre del 2012 invitando a los médicos a participar los cuales fueron 67.

La encuesta consta de dos secciones: la primera de aspectos socio demográficos como sexo, edad y años de experiencia profesional de ejercicio de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ⁽⁵⁾.

La segunda parte incluyó 17 reactivos sobre actitudes y prácticas relacionadas con la MD, de acuerdo con lo referido en la literatura mundial. E incluyó dos distractores (preguntas 3 y 16). Por tanto, 15 preguntas exploraron el nivel de acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la MD, estableciendo categorías y grados de asociación con diferentes prácticas defensivas de los médicos. ⁽⁵⁾.

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

La aceptación de la práctica defensiva se dispuso en grados, de acuerdo con el número de reactivos que se respondieron afirmativamente de la siguiente manera:

- *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.

Los diez reactivos restantes, catalogados como acciones neutras, indicaron o exploraron conductas que no se consideran intrínsecamente como defensivas o no defensivas.

Población de estudio

Comprendió a médicos adscritos especialistas de Ginecología y Obstetricia que aceptaron participar y la muestra fue todos los cuestionarios que fueron respondidos en forma completa.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión: Todos los médicos con especialidad de Ginecología y Obstetricia adscritos a la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala , independientemente del género.

Cuestionarios respondidos en forma completa.

Criterios de exclusión: Antecedente de demandas.

Antecedente de otra especialidad médica

Criterios de eliminación: más de una respuesta en los reactivos centrales.

Tamaño de muestra. Comprendió a 67 médicos adscritos con la especialidad de Ginecología y Obstetricia de la UMAE No. 4 Luis Castelazo Ayala del IMSS que aceptaron participar y contestaron en su totalidad la encuesta.

Variables de estudio:

Variable independiente: Médicos especialistas de Ginecología y Obstetricia

Variable dependiente: Frecuencia de medicina defensiva.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Medicina defensiva	La aceptación de la practica defensiva se dispuso en grados de acuerdo con el numero de reactivos que respondieron afirmativamente, incipiente 1 de las 3 preguntas centrales, evidente 2 de las 3 preguntas y manifiesta las 3 preguntas afirmativas	Cualitativa	Presente o ausente
Médico especialista Ginecología y Obstetricia	Profesional de la salud con título de médico especialista en Ginecología y Obstetricia.	Cualitativa nominal	
Género:	Identificación social como hombre o mujer	Cualitativa Dicotómica	Femenino o masculino
Tiempo de ejercicio profesional:	Tiempo transcurrido desde que se culminó la etapa de residencia hasta el momento de la aplicación de la encuesta.	Cuantitativa intervalo	Años
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa intervalo	Años

Plan de recolección de información:

Se aplicó la encuesta validada por la Comisión Nacional de Arbitraje Medico y se recolectaron los resultados en una hoja específica con las variables a investigar.

Análisis Estadístico.

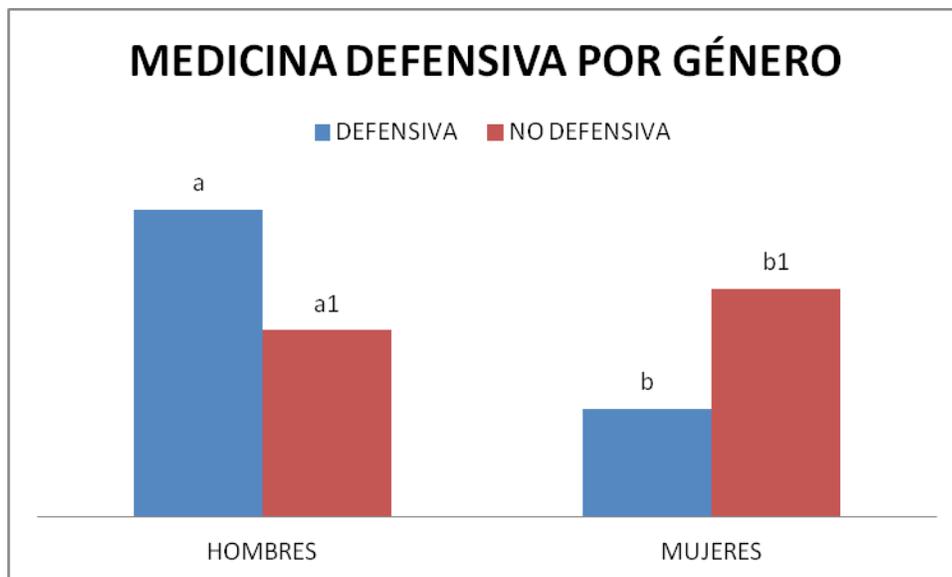
Se realizó estadística descriptiva a base de frecuencia y porcentajes y estadística inferencial para identificar si existieron diferencias entre género, tiempo de antigüedad, servicio de adscripción y turno laboral para lo cual se aplicó una tabla de comparación a través de proporciones, mediante la utilización del programa SPSS versión 16.

RESULTADOS.

Se aplicaron 76 cuestionarios a médicos especialistas de Ginecología y Obstetricia adscritos a la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala" los cuales se eliminaron 9 por no haber sido contestados en su totalidad, de los 67 médicos cuya encuesta fue incluida el 66% (44 encuestas) perteneció al sexo femenino y 34% al masculino (23 encuestas).

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa de acuerdo con el sexo, ya que aceptó realizar prácticas defensivas 74 % de los hombres y sólo 45 % de las mujeres ($p < 0.03$). (ver gráfica 1).

GRAFICA 1. MEDICINA DEFENSIVA POR GÉNERO.

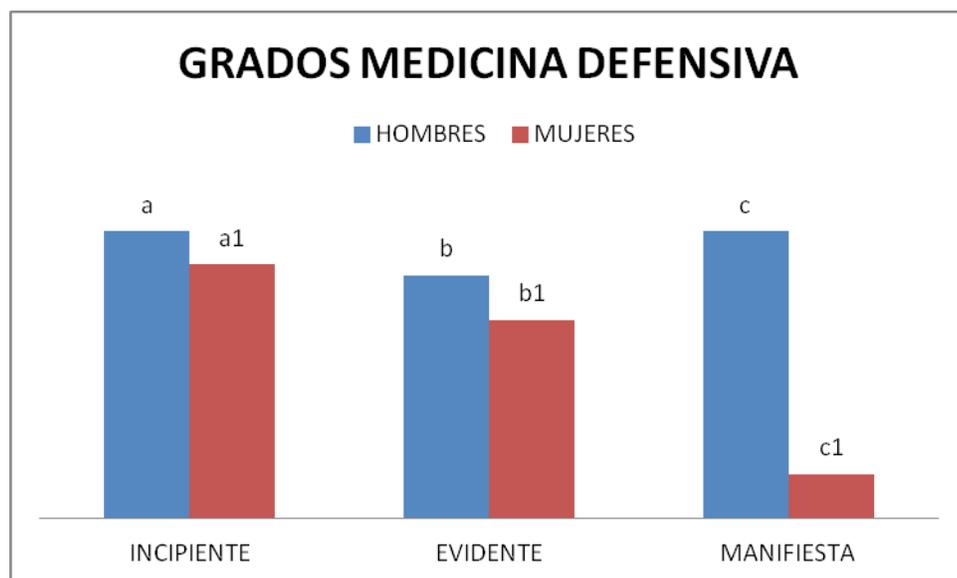


a-b, $p < 0.03$; a₁-b₁, $p < 0.03$.

Treinta médicos (45%) no realizan práctica de MD ya que las tres preguntas centrales fueron negativas, mientras que 37 restantes (55%) presentaban algún grado de práctica de MD pues respondieron afirmativamente al menos a una de las tres preguntas centrales.

Se apreció que los grados de práctica de MD por género se distribuyeron de diferente forma, mientras en los hombres se manifestó por igual en los diferentes grados, en las mujeres el grado de medicina defensiva incipiente comprendió casi el 80% de la práctica de MD con una diferencia estadística $p < 0.001$. (ver gráfica 2)

GRAFICA 2. GRADOS DE PRACTICA DE MEDICINA DEFENSIVA POR GÉNERO.



a-b-c , $p < 0.032$, N.S.; a1-c1, $p < 0.001$.

La edad de los encuestados osciló entre 28 y 60 años, se observa que en hombres y mujeres no influye la edad en la práctica de la medicina defensiva, sin embargo se observó una tendencia hacia una práctica médica no defensiva conforme la edad avanza después de los 43 años se encuentra el 70% de los médicos que no practican medicina defensiva. (ver tabla 1).

TABLA No. 1. PRACTICA DE MEDICINA DEFENSIVA POR GÉNERO EN GRUPOS ETARIOS

EDAD	MEDICINA DEFENSIVA		MEDICINA NO DEFENSIVA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
28-32	3%(2)	0	0	1%(1)
33-37	1%(1)	4%(3)	0	10%(7)
38-42	9%(6)	12%(8)	1%(1)	1%(1)
43-47	4%(3)	7%(5)	3%(2)	12%(8)
48-52	3%(2)	1%(1)	1%(1)	7%(4)
53-57	1%(1)	4%(3)	0	4%(3)
58-61	3%(2)	0	3%(2)	0

La experiencia profesional fluctuó entre 1 y 32 años se observa que en las mujeres que no practican MD el 60% tenían mas de 15 años de antigüedad y por lo contrario los hombres que no practicaban MD tenían menos de 20 años de antigüedad , sin embargo no hay diferencia estadística , el los hombres que practicaban MD el 76% tiene menos de 20 años de antigüedad y en las mujeres se manifiesta por igual , pero no se encuentran diferencias estadísticas (ver tabla 2).

TABLA No. 2 ANTIGUEDAD LABORAL Y GÉNERO

ANTIGUEDAD AÑOS	MEDICINA DEFENSIVA		MEDICINA NO DEFENSIVA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
1-5	3% (2)	1%(1)	0	3%(2)
6-10	7% (4)	3%(2)	1%(1)	7%(4)
11-15	7% (5)	10%(7)	3%(2)	7%(4)
16-20	3% (2)	7%(4)	4%(3)	7%(5)
21-25	3% (2)	4%(3)	0	7%(4)
26-30	1% (1)	4%(3)	0	7%(5)
31-35	1% (1)	0	0	0

N=67 100%

El 100% de los médicos encuestados han experimentado una queja o denuncia y el 55% presento algún grado de medicina defensiva. Ver tabla 3.

En la casuística de la CONAMED, las inconformidades por atención obstétrica ocuparon el segundo lugar, lo que se asemeja a que el 100% de los médicos encuestados ha experimentado una queja o denuncia.

La experiencia cercana a una demanda, que involucre directamente al médico o a uno de sus colegas cercanos, promueve las conductas defensivas a largo plazo, como se registró en el estudio de Passmore.⁵ Este círculo vicioso de temor distorsiona la conducta del médico a tal punto que incluso incrementa la posibilidad de acciones legales subsecuentes. Los médicos que han sido demandados están menos dispuestos a discutir sus errores y prefieren mantenerlos en secreto o encubiertos.

Lo anterior tiene una explicación: las conductas humanas, al ser intra e intersistémicas, afectan al hombre como un todo.⁵

TABLA 3 GRADOS DE MEDICINA DEFENSIVA QUE EXPERIMENTARON QUEJA O DEMANDA

GRADOS DEFENSIVA	MEDICINA	QUEJA O DENUNCIA
NO DEFENSIVOS		45%(30)
INCIPIENTE		24%(16)
EVIDENTE		19%(13)
MANIFIESTA		12%(8)

N=67 100%

Tradicionalmente las especialidades quirúrgicas eran predominantemente de hombres, en la actualidad el número de mujeres ha aumentado hasta ser mayoría como en la especialidad de ginecología y obstetricia lo que se correlaciona con que el 66% de las encuestas pertenecieran al género femenino, sin embargo el 45% de esta tuvieron algún grado de medicina defensiva al contrario del género masculino que el 75 % de estos presento algún grado de medicina defensiva.

El problema de la medicina defensiva en nuestro país, si bien aún no es tan grave como lo reportado en otros países, debe alertar a trabajar en propuestas colegiadas y desarrolladas por todo el Sector Salud en conjunto con las agrupaciones médicas y de profesionales de la salud; nos encontramos en un momento en que es posible contender y evitar que se generalice.

Para que en nuestro país se revierta el efecto nocivo de los factores mencionados, que están comenzando a contaminar la práctica profesional de la medicina ocasionando el rompimiento de la relación médico paciente, generando la medicina defensiva y, por ende, ciclando negativamente la comunicación entre ambos miembros del binomio, deben efectuarse acciones que reviertan tal tendencia. Del análisis que en la CONAMED se efectúa de las quejas, se ha encontrado que un alto porcentaje (> 60%) se deriva de una inapropiada comunicación o una información no proporcionada o brindada en términos incomprensibles para el paciente, sin retroinformación y sin empatía.

El paciente de hoy tiene más información pero también puede, al igual que el médico, confundirse por la opinión de expertos y recomendaciones médicas, que pueden ser no sólo distintas sino, incluso, contradictorias.

Los médicos tienen que explicar las diferencias de opinión y manejar la presión que le ejerce el paciente para prescribir tratamientos, realizar estudios u otros procedimientos cuidando no deteriorar la relación médico paciente.

DISCUSION

Tancredi en 1978 hace referencia a la medicina defensiva como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica, a principios de los años noventa por el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, que a través de su Oficina de Aseguramiento de la Tecnología realizó un estudio para identificar este problema, sus dimensiones, costos y propuestas de prevención o modificación.

Los resultados arrojaron datos que llevaron a ese país a revisar el funcionamiento de su sistema de salud. Según un diagnóstico de la Asociación Médica Americana, la obstetricia y la neurología son especialidades que ya no se ofertan en varios estados de la Unión Americana debido a dos factores:

1. Los elevados costos de los seguros de responsabilidad médica.
2. El alto índice de demanda que sufren.

En Estados Unidos cuyo sistema de seguridad en el campo de la salud se basa en el pago de primas por cobertura. El problema de la demanda médica ha llevado a incrementos en los costos de primas de seguros de responsabilidad profesional, que en el caso de algunas especialidades médicas es exorbitante, razón por la que los médicos a menudo alteran su comportamiento clínico debido a lo amenazante de la responsabilidad por mala práctica. En un estudio reciente, efectuado en ese país, se encontró que los practicantes de la medicina defensiva que detallaron su acto defensivo más reciente, refirieron que utilizaron tecnología de imagen en circunstancias clínicas innecesarias y no evitaron los procedimientos a los pacientes, aun a pesar de que los percibieron con elevada probabilidad de litigio. Esto no ha detenido el aumento de quejas y se ha propiciado la disminución de cierto tipo de práctica de especialidad en algunos de los estados que alcanza, incluso, el retiro temprano o el cambio de localidad. Esta disminución en la oferta médica impacta de manera directa a los servicios disponibles y el acceso al cuidado a la salud; es decir, impacta en la calidad de los servicios que se prestan a su población.

Aunado a este grave panorama, un análisis de la Asociación Médica Americana (AMA) mostró que las demandas médicas han llevado a proporciones de crisis a 19 estados, mientras que otros 35 se encuentran al borde de la misma. ¿En qué consiste esa crisis? La AMA considera que es crisis cuando una mujer en trabajo de parto normal o de alto riesgo no tiene un obstetra disponible, o cuando un niño de nueve años de edad sufre un traumatismo craneo-encefálico y no hay neurocirujanos en esa región.

En el verano del 2003, el único pabellón hospitalario de maternidad en funciones en el sur de Filadelfia cerró sus puertas debido a los costos de los seguros de responsabilidad médica. Hoy, ningún hospital del sur de Filadelfia atiende partos, y 7 de los 39 pabellones de maternidad han cerrado o están por hacerlo. Esto ha propiciado el éxodo de médicos a otros estados, sobre todo de las especialidades de alto riesgo y de los médicos de reciente egreso. En otros estados el fenómeno aún no ha tomado tales proporciones, pero está comenzando a suceder .

En cambio de actitud y el entorno socio-cultural afectan a ambos integrantes del binomio: los pacientes están ahora más educados, son más activos y ejercen su autonomía intensamente; están más orientados a obtener información de fuentes diferentes al médico, y muy probablemente ejerzan un juicio independiente a la opinión del médico, lo cual se apega a su autonomía.

El paciente de hoy tiene más información pero también puede, al igual que el médico, confundirse por la opinión de expertos y recomendaciones médicas, que pueden ser no sólo distintas sino, incluso, contradictorias.

Los médicos tienen que explicar las diferencias de opinión y están presionados para prescribir tratamientos, realizar estudios u otros procedimientos que los pacientes no prefieren, lo que dificulta la relación.

La experiencia cercana a una demanda, que involucre directamente al médico o a uno de sus colegas cercanos, promueve las conductas defensivas a largo plazo, como se registró en el estudio de Passmore.⁵ Este círculo vicioso de temor distorsiona la conducta del médico a tal punto que incluso incrementa la posibilidad de acciones legales subsecuentes. Los médicos que han sido demandados están menos dispuestos a discutir sus errores y prefieren mantenerlos en secreto o encubiertos.

Lo anterior tiene una explicación: las conductas humanas, al ser intra e intersistémicas, afectan al hombre como un todo.⁵

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente encuesta clasificados en tres diferentes grados, indicaron en general una frecuencia alta de actitudes orientadas hacia la práctica de la medicina defensiva en nuestro país. Los resultados, con tendencia superior al 50 % de manifestación de actitudes relacionadas con la medicina defensiva.

El problema de la medicina defensiva en nuestro país, si bien aún no es tan grave como lo reportado en otros países, debe alertar a trabajar en propuestas colegiadas y desarrolladas por todo el Sector Salud en conjunto con las agrupaciones médicas y de profesionales de la salud; nos encontramos en un momento en que es posible contender y evitar que se generalice.

Para que en nuestro país se revierta el efecto nocivo de los factores mencionados, que están comenzando a contaminar la práctica profesional de la medicina ocasionando el rompimiento de la relación médico paciente, generando la medicina defensiva y, por ende, ciclando negativamente la comunicación entre ambos miembros del binomio, deben efectuarse acciones que reviertan tal tendencia. Del análisis que en la CONAMED se efectúa de las quejas, se ha encontrado que un alto porcentaje (> 60%) se deriva de una inapropiada comunicación o una información no proporcionada o brindada en términos incomprensibles para el paciente, sin retroinformación y sin empatía.

La institución ha sistematizado la información recabada en sus casi 10 años de existencia, para devolverla a la sociedad como conocimiento estratégico, para la prevención del conflicto y ha coordinado acciones con los colegios, asociaciones y consejos de especialidad. Estas actividades, sumadas a la utilización de métodos alternos de resolución de conflictos entre el médico y sus pacientes, contribuyen a recuperar la confianza de la población en los servicios de salud.

Esas acciones, que se han efectuado con instituciones de salud públicas y privadas se han enfocado a enfrentar el problema en forma integral, de tal manera que médicos y pacientes logren el objetivo básico de superación constante del sistema de salud, la confianza, la cual se transforma en insumo impostergable de una medicina humanista que tenga como principio el respeto a la dignidad humana.

Y ¿qué debe hacer el médico? La respuesta es muy amplia; comencemos por plantear tres propuestas.

En primer término, conocer cuáles son sus obligaciones. Es necesario que durante todo su ejercicio profesional tenga presente que la medicina es tan ciencia como arte. Para cumplir con la parte científica y técnica es imprescindible que el médico obtenga los conocimientos actualizados para ajustarse a la *Lex artis* médica, tiene que mantener una educación médica continua efectiva, para poder orientar todos los medios a su alcance y ayudar a sus pacientes. Además, debe conocer las herramientas de la comunicación que, como ya se mencionó, son de los factores que hoy en día se ciernen negativamente en la relación médico paciente, pues se ha demostrado que la mayoría de los médicos las desconoce y no las aplica en la práctica cotidiana.

Los médicos también deben saber cuáles son sus derechos: sólo conociéndolos tendrán la oportunidad de exigir que se respeten. Si lo logran generarán confianza en sí mismos, y en el paciente; pero, si además respetan y observan los derechos de sus pacientes, entonces la relación será más cordial y reforzará la confianza de los enfermos. Si además se convencen que tienen que aprender y poner en práctica las herramientas de la comunicación humana, entonces podrá mejorar el entendimiento con sus pacientes.

En resumen, deben realizarse cuatro acciones:

- 1) mantener una educación continua que permita tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad, sin temor a un resultado inesperado
- 2) respetar los derechos de los pacientes
- 3) exigir que se respeten

Es un deber profesional de cada médico participar en la recuperación del modelo humanista que tanto prestigio dio a la medicina mexicana en el mundo, en el cual médico y paciente tienen como base la confianza. Este enfoque favorece el desarrollo personal de ambos, y por consecuencia el crecimiento profesional del médico. Desde luego existen otros factores que provocan la inconformidad del médico ante su profesión y del paciente ante el trato que recibe, factores que deben ser estudiados y modificados para contar con mejores recursos humanos a favor de la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad. Lo anterior también implica el concurso de las instancias educativas de formación y control profesional de los abogados, así como la utilización de métodos alternos de solución de conflictos, para que disminuyan los costos y hagan expedita la resolución del conflicto con la opinión de los expertos, abatiendo la industria del litigio.

BIBLIOGRAFIA.

1. Palmesano J. Donald. Health care in Crisis. *Circulation* 2004;109:2933-2935.
2. Pearman D. Mark. Patient safety in Obstetrics and Gynecology. An agenda for the future. *Obstet Gynecol* 2006;108:1266-1271.
3. Saucedo González LF., Tinoco Jaramillo G., Morales Ramírez JJ. Demandas contra gineco obstetras en la Comisión de Arbitraje Médico. *Ginec Obst Mex* 2001;69:487-491.
4. Barrera Iñigo. La medicina defensiva: tenencias y experiencias en el ámbito internacional. *Rev CONAMED* 1999;4(13): 18-21.
5. Sánchez González JM., Tena Mayo C., Campos Castolo EM., Hernández Gamboa LE. Rivera Cisneros A. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj* 2005; 3: 199- 206.
6. Rivero Serrano Octavio. Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. *Rev CONAMED* 1999; 4(13): 7-11.
7. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zaper K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physician in volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293: 2609-2617.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Sexo: femenino masculino _____

Edad en años _____

Años de experiencia profesional de ejercicio de la especialidad de Gineco-Obstetricia _____

Ha experimentado alguna queja demanda o denuncia Si No

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

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