

MEDICINA DEFENSIVA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EXPLORATORIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DEL ESTADO DE CHIAPAS

Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{1,2*}; Ramírez Alcántara, Yunis Lourdes³

- 1 Coordinación de Investigación, Hospital General "Dr. Belisario Domínguez Palencia", ISSSTE, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 2 Médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 3 Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

* Autor de correspondencia: comite.investigacion.hgbd@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La medicina defensiva se define como la aplicación de tratamientos, realización de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, no con el propósito de beneficiar al enfermo sino con el propósito explícito y la creencia de que ante la posibilidad de litigio o reclamación por parte del paciente se podrá justificar que se cumplieron las obligaciones de diagnóstico y de seguimiento en el proceso de atención médica.

Objetivo: Estimar la dimensión de la práctica de la Medicina defensiva en una unidad médica de segundo nivel del ISSSTE.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y analítico, estimó la dimensión de práctica de medicina defensiva en 107 médicos, se exploraron percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la práctica de medicina defensiva. Permitiendo categorizarla como incipiente, evidente y manifiesta. El análisis estadístico contempló estadística descriptiva y no paramétrica con prueba de Chi cuadrada para diferencia de proporciones entre las variables formación académica, turno laboral, perfil del médico y medicina defensiva.

Resultados: El 83.2 % de los encuestados demostraron algún grado de medicina defensiva. La formación académica se relacionó con la práctica de medicina defensiva ($p= 0.001$), los médicos del área quirúrgica demostraron menos practicas defensivas ($p= 0.015$).

Conclusiones: La práctica de medicina defensiva en el personal adscrito a nuestra unidad médica es alta, generando deterioro en la relación médico-paciente y mayores costos en la atención médica.

Palabras Clave: Medicina defensiva, Medicina asertiva, Relación Médico-Paciente, Responsabilidad Profesional

DEFENSIVE MEDICINE: RESULTS OF AN EXPLORATORY SURVEY IN A SECOND LEVEL HOSPITAL IN THE STATE OF CHIAPAS

Balcázar Rincón, Luis Ernesto^{1,2*}; Ramírez Alcántara, Yunis Lourdes³

- 1 Coordinación de Investigación, Hospital General "Dr. Belisario Domínguez Palencia", ISSSTE, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 2 Médico adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 3 Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

* Corresponding author: comite.investigacion.hgbd@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Defensive medicine is defined as the application of treatments, carrying out diagnostic tests and therapeutic procedures, not for the purpose of benefiting the patient but for the explicit purpose and the belief that, given the possibility of litigation or claim by the patient, justify that the diagnostic and follow-up obligations in the medical care process were met.

Objective: Estimate the dimension of Defensive Medicine practice in a second level medical unit of the ISSSTE.

Materials and methods: Descriptive, cross-sectional and analytical study, estimated the dimension of defensive medicine practice in 107 doctors, specific perceptions, attitudes and behaviors related to the practice of defensive medicine were explored. Allowing to categorize it as incipient, evident and manifest. The statistical analysis contemplated descriptive and non-parametric statistics with Chi-square test for difference of proportions between the variables academic training, work shift, doctor profile and defensive medicine

Results: 83.2 % of respondents demonstrated some degree of defensive medicine. The academic training was related to the practice of defensive medicine ($p= 0.001$), the doctors of the surgical area demonstrated less defensive practices ($p= 0.015$).

Conclusions: The practice of defensive medicine in the personnel assigned to our medical unit is high, generating deterioration in the doctor-patient relationship and higher costs in medical care.

Key Words: Defensive Medicine, Assertive Medicine, Doctor-Patient Relations, Professional Responsibility

INTRODUCCIÓN

La medicina defensiva es una práctica asistencial practicada por décadas que se ha convertido en un fenómeno global presente en el sistema sanitario tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo^{1,2}. El término medicina defensiva surgió en la década de los setenta en Estados Unidos de Norte América (EEUU), ligado al fenómeno de crisis de la responsabilidad civil profesional, secundario al alza de las primas de seguros de responsabilidad médica, como consecuencia del considerable aumento de las reclamaciones contra profesionales sanitarios y fue introducido por Tacrendi³ definiéndola como *“el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica”*.

Sin embargo, no fue reconocida como un problema para los servicios de salud, sino hasta principios de los años 90 cuando el Congreso de los EEUU, 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 modificación⁴.

Diversos autores, entre ellos Studdert⁵ y Catino⁶ han subdividido la práctica de la medicina defensiva en aspectos positivos y negativos.

Dentro de los aspectos positivos de la medicina defensiva, también llamados comportamientos de seguridad, podemos encontrar un exceso de medidas de seguridad mediante cuidados suplementarios, estudios innecesarios, referencia innecesaria o excesos en el número de interconsultas, tratamientos innecesarios, hospitalización, cuando se podría atender de manera ambulatoria o en casa; y dentro de los aspectos negativos la medicina defensiva, también llamados comportamientos de escape, podemos mencionar reducción en la atención de pacientes, retardo en la toma de decisiones en las actividades diarias, postergar la atención

del enfermo para los turnos subsiguientes especialmente los casos de enfermos complicados o con familiares demandantes con riesgo de litigio, además de evitar procedimientos riesgosos en pacientes que podrían beneficiarse de ellos⁵⁻⁸.

Otras conductas que también son consideradas prácticas defensivas son: realizar un pseudo-consentimiento informado, negarse a firmar certificados de defunción, realizar registros defensivos en el expediente clínico (agresivo hacia otros colegas, el paciente o su familia) y denuncias policiales injustificadas⁹.

Si bien la práctica de medicina defensiva ha sido documentada ampliamente en los EEUU, Japón, Gran Bretaña y en algunos otros países de la Unión Europea encontrando estimaciones de su práctica que oscilan entre el 79 y el 93 %^{5,10,11}.

En Latino América y específicamente en México la práctica de la medicina defensiva ha sido poco estudiada y reportada. Entre los pocos referentes encontrados podemos mencionar el trabajo de Sánchez y cols, que en el año 2005 reportaron actitudes defensivas en la práctica de la medicina en el 61.3 % de una muestra de 613 de médicos generales y especialistas¹². Para el año 2009 en un estudio realizado en diferentes regiones del estado de Oaxaca¹¹ se observó un incremento en la frecuencia de la práctica defensiva de los médicos, siendo su estimación del 76.9 %. Sin embargo, en los últimos años en nuestro país esta práctica se ha acrecentado y así lo demuestra el trabajo de Ramírez y cols, que en estudio realizado en el año 2017 en tres unidades de medicina familiar del IMSS documentaron prácticas defensivas en el 92 % de los encuestados.

Como podemos ver las actitudes defensivas son cada vez más frecuentes en los médicos mexicanos sin importar especialidad o institución, pero no existe en la literatura un referente de nuestro instituto, es por eso que

realizamos el presente trabajo con el objetivo de Estimar la dimensión de la práctica de la Medicina Defensiva practicada en el Hospital General Dr. Belisario Domínguez del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico. El universo de estudio estuvo conformado por 107 médicos del Hospital General Dr. Belisario Domínguez del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. El protocolo fue aprobado por los Comités de Investigación y ética en Investigación de la unidad. Los criterios de inclusión fueron: médicos generales, especialistas o subespecialistas, con turno laboral matutino, vespertino, nocturno o fines de semana, se excluyeron del estudio a los médicos con actividades administrativas, médicos residentes y médicos internos pregrado. Todos los médicos que aceptaron participar dieron su consentimiento por escrito.

Para estimar la dimensión de la práctica de la medicina defensiva se utilizó el cuestionario de medicina defensiva propuesto por Sánchez-Gonzalez¹², que consiste en 17 reactivos en una escala tipo Likert acerca de actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva. De ellas, 15 preguntas exploraron el nivel de acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con la medicina defensiva, además se incluyeron dos distractores (reactivos 3 y 16). El instrumento cuenta con tres preguntas centrales (reactivos 2, 5 y 10) que permiten establecer la categorización de acuerdo con las conductas defensivas.

Pregunta 2: Frecuentemente siento temor a ser demandado. El reactivo hace referencia a que el encuestado percibe una situación y responde ante ella con temor, por negativa y amenazante para sí mismo.

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

reactivo señala una conducta preventiva de orientar la toma de decisiones para evitar conflictos.

Pregunta 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.

Se consideró como no defensivo si el médico no respondió positivamente ninguna de las tres preguntas centrales. Si respondió positivamente al menos a una de las tres preguntas centrales se consideró como defensivo. El grado de medicina defensiva se estimó de acuerdo con el número de reactivos que se respondieron afirmativamente (sin importar cuál), quedando integrada: Incipiente (una respuesta afirmativa), Evidente (dos preguntas con respuesta afirmativa) y Manifiesta (tres preguntas con respuesta afirmativa).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico contempló estadística descriptiva utilizando frecuencias y proporciones de las variables cualitativas, en las cuantitativas media y desviación estándar. Se incluyó estadística no paramétrica mediante la prueba de Chi Cuadrada para diferencia de proporciones entre las variables formación académica, turno laboral, perfil del médico y medicina defensiva. Se estableció una $p < 0.05$ como significativa. Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 70 hombres (65.4 %) y 37 mujeres (34.6 %), con una edad mínima de 25 años y una máxima de 69 años, con una media de edad de 42.64 (DE= ± 11.65). La experiencia profesional fluctuó entre 1 y 43 años, con una media de 15.19 años (DE= ± 10.96). Con predominio del estado civil casado

en el 63.6 % de los médicos. Los resultados obtenidos al explorar las características laborales de los médicos pueden observarse en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Características laborales de los Médicos

Variable	n	%
<i>Formación académica</i>		
Médico Especialista	54	50.5
Médico General	45	42.1
Médico Subespecialista	8	7.5
<i>Turno laboral</i>		
Matutino	42	39.3
Vespertino	31	29.0
Nocturno	20	18.7
Fines de Semana	14	13.1
<i>Tipo de contratación</i>		
Bolsa de Trabajo	45	42.1
Base	51	47.7
Subrogado	11	10.3
<i>Perfil del Médico</i>		
Clínico	69	64.5
Quirúrgico	38	35.5

Fuente: Elaboración propia (2022).

Al evaluar la frecuencia de la práctica de medicina defensiva el 83.2% (89 médicos) de los encuestados demostraron algún grado de práctica defensiva, de los que 57 (64 %) correspondieron a hombres y 32 (36 %) a mujeres. La *Tabla 2* muestra la distribución de acuerdo a los diferentes grados de medicina defensiva, resaltando el grado manifiesto.

Tabla 2. Distribución del grado de Medicina defensiva.

Grado de Medicina defensiva	n	%
Incipiente	16	15.0
Evidente	36	33.6
Manifiesta	37	34.6
Total	107	100

Fuente: Elaboración propia (2022).

De los médicos que aceptaron participar en el estudio 38 (35.5 %) correspondieron al área quirúrgica y 69 (64.5 %) al área clínica, la práctica de la medicina defensiva fue más

evidente en sus diversos grados en los médicos con perfil clínico como puede observarse en la *Tabla 3* ($p= 0.015$). Considerando la formación académica del médico fue más evidente la práctica defensiva entre los médicos generales ($p= 0.001$) según se muestra en la *Tabla 4*.

Tabla 3. Perfil del Médico y práctica de la Medicina defensiva.

Perfil del Médico	Defensivo		Total	Valor p
	Si	No		
Médico clínico	62	7	69	0.015
Médico quirúrgico	27	11	38	

Fuente: Elaboración propia (2022).

Tabla 4. Formación académica y práctica de la Medicina defensiva.

Perfil del Médico	Defensivo		Total	Valor p
	Si	No		
Médico General	44	1	45	0.001
Médico Especialista	38	16	54	
Médico Subespecialista	7	1	8	

Fuente: Elaboración propia (2022).

En relación con el turno laboral (*Tabla 5*), se encontraron con algún grado de medicina defensiva 36 (40.4 %) del turno matutino, 21 (23.6 %) del vespertino, 18 (20.2 %) del nocturno y 14 (15.7 %) de la jornada acumulada de sábado y domingo; siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.030$).

Tabla 5. Turno laboral y práctica de la Medicina defensiva.

Turno laboral	Defensivo		Total	Valor p
	Si	No		
Matutino	36	6	42	0.030
Vespertino	21	10	31	
Nocturno	18	2	20	
Fin de Semana	14	0	14	

Fuente: Elaboración propia (2022).

DISCUSIÓN

La medicina defensiva surge como un estilo practicado por los médicos modificando su práctica clínica con la finalidad de protegerse de los juicios. Su propósito es reducir las consecuencias negativas del tratamiento médico, desanimar a los pacientes de presentar demandas de negligencia o convencer al sistema legal de que se satisfacía el estándar de cuidado¹⁴.

Aunque este tipo de práctica médica ha sido documentada desde los años 60^{10, 15}, estudios más recientes han demostrado que nueve de cada 10 médicos en los EE. UU. admitieron haber adoptado actitudes defensivas en el ejercicio médico diario. Entre las más comunes se mencionan: ordenar pruebas diagnósticas innecesarias para confirmar o descartar un diagnóstico, referencias frecuentes a subespecialistas en casos que no lo ameritan y evadir el manejo de pacientes de alto riesgo⁵.

Estas cifras son alarmantes pues el 98 % de ellos práctica la medicina defensiva, esta misma situación la presentan países como Japón o algunos países que forman la Unión Europea^{12, 16}.

Pero esto no es exclusivo de países desarrollados, pues, aunque en Latinoamérica, su frecuencia e incidencia, aparentemente, no parecieran tener la misma envergadura, cada vez con más frecuencia el tema es tratado en publicaciones y congresos¹⁰.

Nuestro estudio demostró que la medicina defensiva se practica en forma frecuente en diferentes grados en los médicos en un hospital de segundo nivel del sureste mexicano. Siendo este el primer reporte que identifica esta práctica en médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En México existen pocos estudios que valoren la frecuencia de prácticas defensivas en profesionales de la salud, uno de los más grandes es un estudio multicéntrico que incluyó a 613 médicos con hallazgo de prácticas

defensivas en el 61.3 % de ellos¹². En nuestro estudio encontramos que el 83.2% de los médicos la practican en algún grado, lo que no difiere por mucho a lo reportado por otros autores como Prieto¹⁷ y Ramírez¹⁶ quienes en estudios realizados en unidades de segundo y primer nivel del IMSS reportan una frecuencia de 72 % y 92 % respectivamente.

Considerando que un aspecto no abordado en su estudio pero que podría favorecer la práctica tan alta es el hecho de que el derechohabiente no elige a su médico tratante, lo que influye para iniciar una relación médico paciente con desconfianza y por consiguiente desencadenar la práctica de la medicina defensiva¹⁶.

Son pocos los estudios que exploran el grado que pueden presentar los médicos respecto a la práctica de la medicina defensiva; en este punto los resultados pueden ser controversiales pues mientras Prieto y cols.¹⁷ reportaron grados incipientes de medicina defensiva. Por su parte nuestros resultados no son muy distintos a lo reportado por otros autores como Sánchez¹² y Ramírez¹⁶ quienes identificaron en mayor medida el grado manifiesto, en este punto, en nuestra población de médicos se encontró en el 41.57 % de la muestra estudiada mantiene una tendencia similar a los publicado por estos autores.

Entre las variables sociodemográficas analizadas en este estudio se observó que los varones tenían en mayor proporción prácticas defensivas comparados con las mujeres, sin embargo, esta diferencia no fue significativa e incluso el resultado podría ser controversial ya que en la muestra estudiada no es igual para ambos géneros y la sobrerrepresentación de varones incremento la frecuencia en este género.

Respecto a la edad de los médicos, estudios previos¹⁷ sugieren que los médicos jóvenes tienden a practicar una medicina defensiva en mayor proporción, quizá como consecuencia de su inseguridad o falta de experiencia, es importante señalar que en este trabajo no se

observó diferencia de su práctica entre los grupos de edad.

Es importante señalar que existe una asociación entre la formación académica y la práctica de medicina defensiva, ya que como era de suponerse entre mayor fue la preparación académica del médico tuvo menor predisposición a practicar la medicina defensiva, esto puede explicarse en el sentido en que su preparación académica lo hace más seguro en la toma de decisiones médicas y por ende más eficaz en su práctica diaria

Otro de nuestros hallazgos acorde con lo reportado por Ramírez y cols.¹⁶, es que el turno laboral influye en la práctica defensiva del médico pues aquellos turnos en donde se cuenta con una cartera de servicios disponibles más amplia abonaron mayor tendencia a la práctica defensiva.

Finalmente, otro punto no menos importante es que contrariamente a lo reportado en otras series donde los médicos del área quirúrgica tienden a las practicas defensivas¹⁸, este trabajo demostró mayor frecuencia en los médicos del área clínica lo que a nuestro juicio es favorecido por una dependencia cada vez mayor de estudio de laboratorio y gabinete, dejando de lado a la clínica como instrumento para establecer un diagnóstico.

Una limitación de este estudio fue el no examinar la práctica de medicina defensiva en médicos residentes e internos de pregrado, pues algunos autores como O'Leary consideran que el origen de la medicina defensiva se da en las escuelas y facultades de medicina donde los alumnos se ven expuestos a prácticas defensivas durante sus rotaciones clínicas y que se potencializan con la responsabilidad y exposición legal de que son objeto en el internado medico de pregrado y/o residencia médica.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este trabajo indicaron una frecuencia alta de actitudes orientadas hacia la práctica de la medicina defensiva en nuestra unidad. Siendo esta una alternativa

comúnmente utilizada creyendo que estará a salvo de quejas y demandas por parte de los pacientes y sus familiares, sin embargo, sólo genera mayor deterioro en la relación médico-paciente y mayores costos en la atención médica.

Es fundamental la capacitación continua del médico, para desarrollar destrezas y habilidades que le permitan tener una mejor capacidad de resolver problemas clínicos además de fortalecer sus habilidades de comunicación efectiva y empática con la finalidad de practicar una medicina con más seguridad y confianza, en donde las inconformidades sobre la atención médica se minimicen, repercutiendo positivamente en la calidad de la atención brindada al paciente, y desde luego disminuyendo los costos de atención.

REFERENCIAS

1. Panella M, Rinaldi C, Leigh F, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K et al. The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: the impact of being a second victim. *Rev Calid Asist* 2016; 31 (Supl 2): 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>
2. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases* 2018;6(11): 406-409. <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v6.i11.406>
3. Trancredi LR. The problem of defensive medicine. *Science* 1978; 200(43):879-882.
4. Davila AA. Medicina defensiva. ¿Evitable? *Cirujano General* 2018; 40 (1): 54-60.
5. Studdert D, Mello M, Sage W, DesRoches C, Peugh G, Zapert K, et al. Defensive Medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293:2609-2617.
6. Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation. *Safety Med Sci Mon.* 2011; 15:4.
7. Guzmán JI, Shalkow J, Palacios JM, Zelonka R, Zurita R. ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cirujano General.* 2011; 33(S2):151-156.
8. Franco MA, Denis A, Morel z, Solalinde M, Ferreira M, Díaz C. Medicina defensiva en Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2018; 5(1):25-35. [http://dx.doi.org/10.18004/rvsvp/2312-3893/2018.05\(01\)25-035](http://dx.doi.org/10.18004/rvsvp/2312-3893/2018.05(01)25-035)
9. Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *Lancet.* 2006; 368(9531):240-246.
10. Peñalongo MA, Argueta AI, Rojas MJ. Medicina defensiva en Guatemala. Resultados de una encuesta exploratoria entre cirujanos. *Rev Guatem Cir.* 2007; 16(3):33-37.

- 11.Ortega M, Méndez J, López F. Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. *Revista Conamed*. 2009; 14:4-10.
- 12.Sánchez J, Tena C, Campos E, Hernández L, Rivera A. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj* 2005; 3:199-206.
- 13.De Freitas JG. ¿Sera la medicina defensiva el futuro de la medicina?. *Gac Int Cienc Forense*. 2015; 14:3-4
- 14.Arimany J. La medicina defensiva, un peligroso boomerang. *Orthopedic*. 2006; 29(4):296-297.
- 15.Hershey N. The Defensive Practice of Medicine: Myth or Reality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1972;50: 69-97.
- 16.Ramírez YL, Parra LA, Balcázar LE. Defensive Medicine: Evaluation of its Practice in Family Medicine Units in Tuxtla Gutierrez, Chiapas, Mexico. *Aten Fam* 2017; 24(2):62-66. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.03.001>
- 17.Prieto SE, Valdepeña MP, Mora M, Jiménez CA. Medicina defensiva en un Hospital General Regional. *Med Int Mex* 2013; 29(1):32-38.
- 18.Jena AB, Seabury S, Lkdawalla E, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011; 365:629-636.
- 19.O'Leary KJ, Choi J, Watson K, Williams MV. Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. *Acad Med* 2012; 87:142-148.

Citar como: Balcazar Rincón, LE; Ramírez Alcántara, YL; Medicina defensiva: Resultados de una encuesta exploratoria en un hospital de segundo nivel del estado de Chiapas. *AMU*. 2023;2(2):80-87. Doi: [10.31644/AMU.V02.N02.2023.A09](https://doi.org/10.31644/AMU.V02.N02.2023.A09)