■ ARTÍCULO ORIGINAL

Medicina defensiva en Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social

Defensive medicine in the Emergency Services of the Hospital Central of the Instituto de Prevision Social

Marco Antonio Franco Britos¹, Amado Denis², Zoilo Morel Ayala¹, María Del Carmen Solalinde³, Marta Ferreira Gaona⁴, Clarisse Díaz Reissner⁴

1. Servicio de Reumatología. Hospital Central del Instituto De Previsión Social. Asunción, Paraguay
2. Servicio de Clínica Médica. Hospital Central del Instituto De Previsión Social. Asunción, Paraguay
3. Abogado defensor penal.
4. Unidad de Posgrado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción". Asunción, Paraguay

RESUMEN

Objetivo: determinar el grado de medicina defensiva que se practica en los Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Asunción-Paraguay.

Métodos: se administró un cuestionario de autoevaluación de tipo Likert validado, a los médicos de atención de emergencia; se exploraron variables relacionadas al sexo, edad, especialización, años de práctica, antecedentes legales previos y turnos de trabajo.

Resultados: se evaluó a 220 médicos de 8 Servicios de Urgencias, el 82% practicaba medicina defensiva. Los médicos varones mostraron un comportamiento más defensivo ($p=0,1$). Emergentología, Traumatología y Ortopedia fueron las especialidades con mayor práctica de medicina defensiva (100%). Ginecología y Obstetricia tuvo el mayor número de demandas.

Conclusión: la medicina defensiva se presenta en un alto porcentaje en los Servicios de Urgencias pues 82% de los médicos practican algún grado de la misma, siendo mayor en varones y en las especialidades Emergentología y Traumatología y Ortopedia

Palabras claves: medicina defensiva, mala praxis, responsabilidad legal, servicio de urgencia en hospital.

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of defensive medicine practiced in the Emergency Services of the Hospital Central of the Instituto de Previsión Social, Asunción-Paraguay.

Methods: A validated Likert-type self-assessment questionnaire was administered to emergency care physicians. Variables related to sex, age, specialization, years of practice, previous legal background and work shifts were explored.

Results: Two hundred and twenty physicians from eight Emergency Services were evaluated, 82% practiced defensive medicine. The male doctors showed a more defensive behavior ($p=0.1$). Emergentology, Traumatology and Orthopedics were the specialties with the highest practice of defensive medicine (100%). Gynecology and Obstetrics had the highest number of demands.

Autor correspondiente:

Dr. Marco Antonio Franco Britos

Teléfono +595.971281526

Correo electrónico: marcoafrancob@gmail.com

Artículo recibido: 29 septiembre 2017

Artículo aprobado: 27 enero 2018

Conclusion: Defensive medicine is presented in a high percentage in the Emergency Services because 82% of doctors practice some degree of it, being higher in males and in the specialties Emergentology, Traumatology and Orthopedics

Keywords: defensive medicine, malpractice, legal responsibility, emergency service in hospital

INTRODUCCIÓN

La medicina defensiva (MD) se define como la práctica de realizar exámenes, procedimientos, consultas y evitar o evadir pacientes y procedimientos de alto riesgo, principalmente para reducir la exposición a responsabilidad legal por mala praxis⁽¹⁾.

Esta forma de práctica se desarrolló debido al aumento de las demandas legales a médicos por supuesta mala praxis. Estas afirmaciones pueden estar bien fundamentadas en algún hecho de negligencia, impericia o imprudencia; o particularmente en nuestro medio en los últimos tiempos un intento de desmeritar la profesión médica. Así, aunque la práctica de la medicina moderna ha sido favorecida por grandes avances científicos y tecnológicos, aparecen efectos negativos que desmeritan la práctica de la ciencia médica como la MD⁽²⁾.

La MD se puede dividir en 2 categorías: medicina defensiva positiva y medicina defensiva negativa. Las prácticas positivas de MD, también llamado comportamiento de seguridad, promueven una mejora en la calidad, como el aumento de cribado, actividades de auditoría o de satisfacción de los pacientes, una explicación más detallada a los pacientes o toma de notas más detalladas^(3,4). Las prácticas de MD negativa, también llamada comportamiento de escape, constituyen la prescripción de medicamentos innecesarios, indicar estudios no indispensables para el diagnóstico, citar repetida e innecesariamente al paciente, derivar más frecuentemente con el especialista, seleccionar pacientes e incluso evitar a pacientes graves o complicados⁽³⁻⁵⁾.

La práctica de MD acarrea consigo un gran costo económico. En los Estados Unidos se ha calculado que la MD representa el 20% del costo final de la atención médica, llegando a los 50 billones de dólares por año^(2,6). Otros estudios mencionan un costo mucho mayor, poniendo el costo anual estimado de la MD mucho más alto, entre \$ 100 mil millones y \$ 178 mil millones^(7,8).

En la práctica existen especialidades que se consideran de "alto riesgo" para el litigio, entre las cuales se incluye los servicios de Emergentología, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Neurocirugía, Radiología, Ginecología y Obstetricia^(4,9). Estas especialidades tienen en común que tratan problemas médicos agudos que requieren rápida toma de decisiones, de tal manera que un resultado adverso puede ser inevitable. Estas especialidades se caracterizan por ser predominantemente procedimentales. La responsabilidad de los médicos que cubren Traumatología o Emergencias ha aumentado debido al alto riesgo de resultados más pobres en comparación con las prácticas electivas^(9,10).

Los efectos adversos de la MD no se limitan al aumento del coste de la asistencia sanitaria porque además afectan a la calidad general del sistema de salud. Los efectos negativos de la MD perturban la relación médico-paciente y alteran el estado de ánimo del médico⁽¹¹⁾. Muchos estudios se realizaron en el mundo en relación al litigio médico, sin embargo, ninguno se llevó a cabo en Paraguay, por lo tanto, esta investigación evalúa la prevalencia de MD y determina cualquier experiencia de litigios médicos y sus fuentes entre diferentes grados de médicos que trabajan en los Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HCIPS), teniendo en cuenta el crecido número de demandas médico-legales en los últimos años en nuestro país.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de diseño descriptivo, observacional y transversal, realizado con un cuestionario de autoaplicado sobre MD, sobre el precedente de cuestionarios previos de Sánchez-González et al y Ortashi et al ^(5,12) (Fig. 1). Se administró a cada médico de guardia que trabajaba en los Servicios de Urgencias de HCIPS entre enero de 2015 y diciembre de 2015 para completar en cada turno de trabajo respectivo. Las variables del estudio fueron edad, sexo, antigüedad, especialidad, turnos, días de trabajo y antecedentes legales previos y práctica de MD.

Se siguió la lógica empleada por Sánchez-González et al ⁽⁵⁾ pues las 3 preguntas principales analizadas fueron *¿Frecuentemente siento temor a ser demandado?*, *¿Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos?* y *¿He modificado mi práctica para evitar ser demandado?* Se consideró MD incipiente con 1 respuesta afirmativa a las preguntas centrales, MD evidente 2 respuestas afirmativas y MD manifiesta 3 respuestas afirmativas.

Se obtuvo autorización del Comité de Protocolo y el Comité de Ética de HCIPS, cumpliendo con todos los principios éticos. Del Departamento de Recursos Humanos se adquirió la lista de médicos de cada uno de los diferentes Servicios y se obtuvo la aprobación para la realización de la encuesta de las respectivas Jefaturas de Servicio. De un total de 476 médicos en las listas de los diferentes servicios no se pudo determinar con exactitud la cantidad de médicos que trabajan en los Servicios de urgencias por figurar como médicos de sala, aunque prestasen atención de urgencias, por lo que fueron excluidos. También se excluyeron a aquellos por pertenecer a otras dependencias, con horarios de guardia rotatorios. La entrega y recolección de los cuestionarios fue realizada por el propio investigador a los médicos, después de obtener su autorización y firma del formulario de consentimiento.

Otros criterios de exclusión fueron errores en completar el cuestionario, negación de participar del estudio, no formar parte del plantel de Urgencias y encontrarse comisionado a otras dependencias u hospitales, reposo médico o vacaciones.

Para el análisis de datos se utilizaron herramientas de Microsoft Excel 2007®, Epi Info 7™, RStudio. Las variables cualitativas se resumieron en tablas de frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se presentan utilizando la media y desviación estándar. Para estadística inferencial se aplicó la prueba chi cuadrado de Pearson con un nivel de confianza del 95% a fin de dar salida a los objetivos específicos.

Figura 1. Cuestionario de Medicina Defensiva ⁽⁵⁾

Cuestionario de Medicina Defensiva

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo. Le pedimos su colaboración respondiendo con sinceridad. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo.

Previamente le pedimos completar datos demográficos con fines estadísticos.

SEXO M ☐ F ☐ **EDAD** **ESPECIALIDAD**

ANTIGÜEDAD/AÑO DE CULMINADO SU ESPECIALIDAD

TURNO DE TRABAJO (ENCERRAR EN CÍRCULO):

Día de Trabajo:

☐ Matutino 06:00 - 12:00 hs.

☐ Vespertino 12:00 - 18:00 hs.

☐ Noche 18:00 - 00:00 hs.

☐ Guardia 12 hs. / Día.

☐ Guardia 12 hs. / Noche.

☐ Guardia 24 hs.

☐ Lunes

☐ Martes

☐ Miércoles

☐ Jueves

☐ Viernes

☐ Sábado

☐ Domingo

Ha sido demandado alguna vez por mala praxis:

SI ☐ **NO** ☐

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

Gracias por su colaboración!

RESULTADOS

Se entrevistaron 230 médicos de planta de 8 Servicios de Urgencias, dos galenos se negaron a participar de la encuesta sin manifestar motivos, por lo que se reporta un porcentaje de participación de 99,13%. Varios médicos no pudieron ser entrevistados por encontrarse de vacaciones, reposo médico o estar comisionados a otros hospitales. Fueron descartados 10 cuestionarios por no haber sido completados correctamente con un número total de 220 cuestionarios analizados.

Se encontró que 82% de médicos practican cierto grado de MD, siendo la preponderante la MD incipiente en 37,7% (n= 83), MD evidente 30,5% (n= 67), MD manifiesta 14,1% (n= 31).

Respecto al sexo, los hombres demostraron ser más defensivos en su práctica, 85,2% contra 78,3% para las mujeres, pero la diferencia no fue significativa ($p= 0,1$) (Fig. 2). El promedio de edad de los entrevistados fue $42,5 \pm 8,1$ años, la mayoría perteneciendo al grupo etario de entre ≤ 40 años (n=106; 48,1%), 41-50 años (n=70; 31,8%), 51-60 años (n=40; 18,2%) y >60 años (n=4; 1,8%).

Se encontraron altos porcentajes de práctica de MD en el grupo de ≤ 41 años (n=124) y el grupo >41 años (n= 96) 82,3% y 83,3% respectivamente sin diferencia significativa entre ambos grupos. El tipo de MD preponderante en ambos grupos fue el de la MD incipiente 40,3% (n= 50) para el primer grupo y 34,4% (n= 33) para el segundo.

Figura 2. Grados de medicina defensiva por sexo (n 220)

Se entrevistaron 54 médicos pertenecientes a Clínica Médica (24,5%), 43 de Ginecología y Obstetricia (19,5%), 32 de Cirugía General (14,5%), 23 de Pediatría (10,5%), 18 de Oftalmología (8,2%), 14 de Traumatología (6,4%), 12 de Medicina Familiar (5,5%), 10 de Urología (4,5%), 6 de Otorrinolaringología (2,7%), 4 de Emergentología (1,8%) y 4 de Medicina Crítica (1,8%).

Las especialidades con mayor nivel de MD fueron las de Emergentología y Traumatología y Ortopedia con un 100% de práctica en ambos, siendo la modalidad preponderante la MD incipiente con 75% y 42,9%, respectivamente ($p= 0,002$) (figura 3 y tabla 1).

Figura 3. Porcentajes de práctica de medicina defensiva en los diferentes Servicios de Urgencias (n 220) **Tabla 1. Población de estudio según factores de riesgo de medicina defensiva (n 220)**

Factores de riesgo	Total		Medicina Defensiva		Medicina no Defensiva		Chi2	p valor
	n	%	n	%	n	%		
EDAD								
≤40	106	48,2	86	81,1	20	18,9	0,2107	0,9000
41-50	70	31,8	58	82,9	12	17,1		
>50	44	20,0	37	84,1	7	15,9		
SEXO								
Masculino	128	58,2	109	85,2	19	14,8	1,7450	0,1865
Femenino	92	41,8	72	78,3	20	21,7		
ANTIGÜEDAD (años)								
≤5	56	25,5	46	82,1	10	17,9	0,9318	0,6276
6 a 15	106	48,2	85	80,2	21	19,8		
>15	58	26,4	50	86,2	8	13,8		
ESPECIALIDAD								
Clínica Médica	54	24,5	37	68,5	17	31,5	9,2829§	0,0023*
Gineco-obstetricia	43	19,5	40	93,0	3	7,0		
Cirugía	32	14,5	27	84,4	5	15,6		
Pediatría	23	10,5	19	82,6	4	17,4		
Oftalmología	18	8,2	13	72,2	5	27,8		
Traumatología y ortopedia	14	6,4	14	100,0				
Medicina Familiar	12	5,5	11	91,7	1	8,3		
Urología	10	4,5	9	90,0	1	10,0		
Otorrinolaringología	6	2,7	4	66,7	2	33,3		
Emergentología	4	1,8	4	100,0				
Terapia Intensiva	4	1,8	3	75,0	1	25,0		
DÍAS LABORALES EN LA SEMANA								
Entre semana	166	75,5	138	83,1	28	16,9	0,3428	0,5582
Fin de semana	54	24,5	43	79,6	11	20,4		
ANTECEDENTE LEGAL								
Con antecedentes	22	10,0	20	90,9	2	9,1	0,3814£	
Sin antecedentes	198	90,0	161	81,3	37	18,7		
*Estadísticamente significativo con un nivel de significancia de 0,05								
§Para aplicar la prueba se dicotomizó en Clínica Médica y otras especialidades								
£ Test exacto de Fisher								

*Estadísticamente significativo con un nivel de significancia de 0,05

§Para aplicar la prueba se dicotomizó en Clínica Médica y otras especialidades

£ Test exacto de Fisher

Un 25,5% (n=56) de los entrevistados tenían igual o menos de 5 años de ejercicio de la profesión en su especialidad, 48,2% (n= 106) entre 6 y 15 años y 26,4% (n=58) más de 15 años, con un promedio de $12,2 \pm 8,1$ de ejercicio en su especialidad. Del grupo de médicos con ≤ 11 años de ejercicio en su especialidad (n= 116), 78,4% presentaban algún grado de práctica de MD, siendo la incipiente la preponderante con 40,5%, los médicos con >11 años de ejercicio de su especialidad (n= 104) presentaban en 86,5% algún grado de conducta defensiva siendo la evidente la preponderante (35,6%) (Fig. 4).

Figura 4. Porcentajes de medicina defensiva por años de práctica de especialidad médica (n 220)

En cuanto a los horarios de trabajo de los entrevistados, 38,2%, (n=84) de los médicos realizaban guardias de 24hs, 16,4% (n=36) guardia de 12 hs diurnas, 13,6% (n=30) guardia de 12 hs nocturnas, 13,6% (n=30). Respecto al número de días de trabajo, 60% (n=132) de los médicos trabajaban 1 solo día a la semana en el Servicio. El 75,5% (n=166) de los encuestados trabajan entre semana y 24,5% (n=54) los fines de semana. Se encontró mayor MD en aquellos médicos que realizaban guardias de 24 horas (Fig. 5). Entre los que trabajan entre semana y los que lo hacen fines de semana, no se halló diferencia significativa ($p= 0,5$) (Tabla 1).

Figura 5. Medicina defensiva por horario de trabajo (n 220)

Un 10% (n=22) de los entrevistados contaban con antecedentes legales previos, siendo Ginecología y Obstetricia la especialidad médica con mayor demanda legal: 60% (n=13/22), seguida por Cirugía General: 18% (n=4/22), Clínica Médica 13% (n=3/22), Urología: 4,5% (n=1/22), Traumatología y Ortopedia 4,5% (n=1/22). No se encontraron antecedentes legales previos con otras especialidades (Fig. 6). Los médicos con antecedentes legales previos (n=22/10%) presentaron mayor conducta defensiva que aquellos sin antecedentes previos (n=198), con 91% y 81,3% de conducta defensiva respectivamente, siendo incipiente la preponderante en cada grupo, sin diferencia significativa estadísticamente ($p=0,3$).

Figura 6. Porcentajes de práctica de medicina defensiva en los servicios donde se encontraron antecedentes legales (n 220)

Las conductas defensivas más adoptadas fueron las de evitar complicaciones en la atención del paciente: 96,4% (n= 212) y proporcionar al paciente la mayor información posible para evitar problemas: 95,9% (n= 211), no habiendo diferencia entre médicos con antecedentes legales previos y sin antecedentes. Las conductas defensivas menos adoptadas fueron la prescripción innecesaria de medicamentos: 0,9% (n= 2) y evitar atender pacientes en situaciones de urgencias: 0,9% (n= 2) (tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de conductas defensivas adoptadas por los médicos entrevistados (n 220)

Preguntas del cuestionario	SI		NO	
	n	%	n	%
1. Utilizo mayor apoyo tecnológico para aumentar las certezas de mis decisiones	191	86,8	29	13,2
2. Frecuentemente siento temor a ser demandado	118	53,6	102	46,4
3. Realizo procedimientos o intervenciones innecesarias	11	5,0	209	95,0
4. Evito emplear procedimientos de alto riesgo	90	40,9	130	59,1
5. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos	122	55,5	98	44,5
6. Solo empleo procedimientos de bajo riesgo	32	14,5	188	85,5
7. Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia	159	72,3	61	27,7
8. Evito atender pacientes con situaciones de urgencias	2	0,9	218	99,1
9. Al tomar las decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible	123	55,9	97	44,1
10. He modificado mi práctica para evitar ser demandado	70	31,8	150	68,2
11. Evito atender pacientes graves o complicados	7	3,2	213	96,8
12. Documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente	204	92,7	16	7,3
13. Proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas	211	95,9	9	4,1
14. En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones	212	96,4	8	3,6
15. Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes	99	45,0	121	55,0
16. Prescribo medicamentos innecesariamente o de manera injustificada	2	0,9	218	99,1
17. Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención	110	50,0	110	50,0

DISCUSIÓN

El origen reconocido de la MD se encuentra en Estados Unidos, que desde la década de 1960 sufre sus consecuencias⁽¹³⁾. En el 2003, en un estudio en Pennsylvania se evidenciaron que 93% de los médicos encuestados realizaban actos catalogados como de MD⁽⁴⁾. En México, en el año 2005, como resultado de un excelente estudio con 613 médicos, reportaron que la actitud defensiva es alta^(5,13).

La MD aumenta rápidamente en la práctica médica diaria en las diferentes especialidades. Nuestro estudio demostró su presencia en un alto porcentaje en los diferentes Servicios de Urgencias del HCIPS (82%), cifra comparable o que supera a las encontradas en otros países^(2,4).

La sociedad actual se ha vuelto más informada con los datos procedentes de la literatura impresa y de internet, incluyendo a las redes sociales. Por tanto, los pacientes se han vuelto menos propensos a aceptar de entrada las soluciones propuestas por su médico, creando una dificultad para los mismos, quienes no están acostumbrados a poner a tela de juicio su criterio e integridad profesional. A medida que el público en general se ha vuelto más informado, también se han tornado menos tolerantes a aceptar riesgos, a menudo negándose a aceptar probabilidades de resultados adversos asociados a la atención médica e intervenciones^(12,14).

Con la práctica de la MD, los profesionales cambian su conducta o toman decisiones basadas en el miedo a procesos legales, actuando de manera más conservadora^(15,16). Esto se vio en nuestro estudio, con 31,8% que admitían haber modificado su conducta para evitar ser demandados y 55,5% de médicos que orientaban sus decisiones para evitar conflictos. Basándose en la buena comunicación como medida a evitar conflictos legales, surge la propuesta de la medicina asertiva un modelo de práctica médica que consiste en 4 puntos a tener en cuenta: buena comunicación, sujeción del acto médico a la *lex artis ad hoc*, respeto de los derechos del paciente y respeto de los derechos del médico, una respuesta sudamericana a la problemática de la MD⁽¹⁷⁻²¹⁾.

Actualmente los medios de comunicación en Paraguay se encuentran en una campaña hostil hacia la profesión médica, haciendo noticia de todo acto de presunta mala praxis sin interiorizarse adecuadamente de lo ocurrido, siendo o no cierto el hecho. El daño por las declaraciones es real, desprestigiando la profesión, la especialidad involucrada y la empresa que presta los servicios, en un claro efecto dominó. Toraldo et al analizaron en Italia la función de los medios de comunicación en los casos de mala praxis, poniendo en evidencia que 4 casos de mortalidad infantil bastaron para satanizar su sistema de salud, que junto a Francia era uno de los lugares estadísticamente con menos mortalidad infantil⁽²²⁾.

Respecto a especialidades, Osti y Steyrer encontraron una prevalencia de práctica defensiva entre traumatólogos de 97,7%⁽²³⁾. En este estudio encontramos un 100% de MD en las especialidades de Emergentología y Traumatología y Ortopedia.

La especialidad con mayor número de demandas corresponde a la de Ginecología y Obstetricia, donde 30,3% de sus entrevistados admitieron haber tenido un litigio legal por mala praxis, sea individualmente o formando parte del equipo quirúrgico, cifra similar a otras publicaciones^(24,25).

Analizamos la organización del sistema de trabajo, encontrando que el horario de la mayoría de médicos estaba dividido en guardias de 24 horas corridas y a ellos corresponde el mayor peso de práctica de conductas defensivas, un 25% de los médicos de planta trabajaban solamente sábados y/o domingos con 79,6% de prácticas defensivas, porcentaje levemente menor al de los médicos que trabajaban de lunes a viernes (83,1%). Minossi et al describieron los factores de riesgo de mala praxis en asistenciales y no asistenciales en el Brasil, citando entre las causas de mala praxis el sistema de

salud, describiéndolo como distorsionado y desorganizado, con mala paga a los profesionales médicos, y la falta de condiciones de trabajo, catalogándolas como pésimas⁽²⁶⁾. Podemos fácilmente vernos reflejados en esa realidad. Esto empeora la situación legal del médico en cuanto a: "Autor es siempre quien comete el hecho por sí mismo, es decir, quien ejecuta de propia mano la acción fáctica dolosamente y sin sufrir error, y presenta las necesarias cualificaciones de autor, objetivas y subjetivas, específicas del delito"^(27,28).

Las limitaciones de este estudio fueron que no se examinó el nivel de conocimiento de la MD entre los entrevistados, ya que muchos médicos no estaban familiarizados con el término y practicaban conductas defensivas, no se incluyó a médicos residentes en formación de las especialidades, a pesar de ser un hospital escuela. La medicina acarrea un amplio margen de gasto, Bratenau et al calcularon el costo de la atención médica defensiva por paciente en un 3,1%, cuenta pendiente sería calcular el costo que representa la práctica de la MD en el IPS^(2,29).

En conclusión, la MD se presenta en un alto porcentaje en los Servicios de Urgencias del HCIPS en el Paraguay. Los hombres presentan mayor conducta defensiva que las mujeres. Las especialidades con mayor índice de MD corresponden a Emergentología y Traumatología Y Ortopedia. La mayoría de los médicos realizan guardias de 24 horas, sin diferencias significativas entre años de antigüedad ejerciendo la especialidad, grupos de edad, horario de trabajo o días laborales. La especialidad médica con más demandas legales presenta es la de Ginecología y Obstetricia. En un sistema de salud centralizado, con horarios comprimidos, organizado mayormente por guardias de hasta 24 horas, la MD es un reflejo de una medicina despersonalizada y deshumanizada que busca proteger al médico no de su mal actuar sino de la crítica de su razonamiento. En una sociedad donde la velocidad de la información se mide en *clicks* y el contenido es vasto, se debe buscar criterio médico y no usar la información disponible al público en general en contra de dicho criterio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and Medical Malpractice. OTA-H--602 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office) [Internet]. July 1994 [citado 14 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://biotech.law.lsu.edu/policy/9405.pdf>
2. González JMO, Rodríguez JMM, López FHL. Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. Rev CONAMED. 2009;14(1):4-10.
3. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ. 7 de enero de 1995;310(6971):27-9.
4. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 1 de junio de 2005;293(21):2609-17.
5. Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo EM, Hernández-Gamboa LE, Rivera-Cisneros AE. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Ciruj 2005;3:199-206
6. Ransom SB, Dombrowski MP, Shephard R, Leonardi M. The economic cost of the medical-legal tort system. Am J Obstet Gynecol. junio de 1996;174(6):1903-1907; discussion 1907-09.
7. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National Costs Of The Medical Liability System. Health Aff Proj Hope. septiembre de 2010;29(9):1569-77.
8. Schwartz SK. Defensive medicine versus value-based care. Med Econ [Internet]. 2016 Mar 25 [citado 15 de diciembre de 2016];93(6):17-8, 20-2. Disponible en: <http://www.ncpa.org/media/defensive-medicine-versus-value-based-care>
9. Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. PLoS ONE [Internet]. 22 de junio de 2012 [citado 19 de agosto de 2015];7(6):e39237. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3382203/>

10. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An Epidemiologic Study of Closed Emergency Department Malpractice Claims in a National Database of Physician Malpractice Insurers. *Acad Emerg Med.* 1 de mayo de 2010;17(5):553-60.
11. Sekhar MS, Vyas N. Defensive Medicine: A Bane to Healthcare. *Ann Med Health Sci Res.* 2013;3(2):295-6.
12. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics.* 2013;14(1):42.
13. Robles-Elías FJ, Peña-Nina D, Robles-Morales R, Díaz-Barriga E. ¿Despenalizar los actos médicos? Una primera aproximación a partir de una perspectiva dual: Medicina y Derecho. (Spanish). *Decriminalize Med Proced First Approach Dual Perspect Med Law Engl.* diciembre de 2014;82(12):828-38.
14. Pellisé F, Sell P, Force EPLT. Patient information and education with modern media: the Spine Society of Europe Patient Line. *Eur Spine J.* 1 de agosto de 2009;18(3):395-401.
15. Garcia-Retamero R, Galesic M. On defensive decision making: how doctors make decisions for their patients. *Health Expect.* 1 de octubre de 2014;17(5):664-9.
16. Kessler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine? *Q J Econ.* 5 de enero de 1996;111(2):353-90.
17. Shokrollahi K. Request for Treatment: the evolution of consent. *Ann R Coll Surg Engl.* marzo de 2010;92(2):93-100.
18. Rodríguez Almada H. De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Rev Médica Urug.* septiembre de 2006;22(3):167-8.
19. Tamayo CT, González JMS. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Méx.* 2005;73:553-9.
20. Eastaugh SR. Reducing litigation costs through better patient communication. *Physician Exec.* 5 de junio de 2004;30(3):36-8.
21. Vázquez López JE. La "Lex Artis ad hoc" como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico: A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea). *Cuad Med Forense.* 2010;16(3):179-182.
22. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med [Internet].* 26 de marzo de 2015 [citado 12 de agosto de 2015];10(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4457994/>
23. Osti M, Steyrer J. A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context. *J Eval Clin Pract.* 1 de abril de 2015;21(2):278-84.
24. Ali AA, Hummeida ME, Elhassan YAM, M.Nabag WO, Ahmed MAA, Adam GK. Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology. *BMC Med Ethics [Internet].* 9 de febrero de 2016 [citado 31 de marzo de 2016];17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748468/>
25. Frakes M. Defensive Medicine and Obstetric Practices. *J Empir Leg Stud.* septiembre de 2012;9(3):457-81.
26. Minossi JG, Silva AL da. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Rev Colégio Bras Cir.* diciembre de 2013;40(6):494-501.
27. Jakobs, Gunther. Derecho Penal. Parte general. Fundamentos y teoría de la imputación. Madrid, Marcial Pons;1997:744.
28. Argnani PI. Responsabilidad penal del médico. Bs As, Ed Astrea;2013:77-87
29. Brateanu A, Schramm S, Hu B, Boyer K, Nottingham K, Taksler GB, et al. Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. *J Med Econ.* 1 de noviembre de 2014;17(11):810-6.