

ESPECIALIDAD EN MEDICINA LEGAL

Directora de Carrera: Prof. Dra. Alicia Beatriz Vermé

TRABAJO FINAL INTEGRADOR:

MEDICINA DEFENSIVA DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DEL
HOSPITAL GENERAL SANTO DOMINGO, PERIODO 2018-2019

ALUMNO:

MAYRA ANDREA GOMEZ BANEGAS

TUTOR DISCIPLINAR:

DRA. CAROLINA GUMA

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. ALEJANDRA BAROTTO

Año de Cohorte:

2017-2018

Sede:

BUENOS AIRES, 15 DE MARZO DEL 2019



AGRADECIMIENTO

Agradezco de sobremanera a mis seres queridos, que con su comprensión y apoyo en este arduo camino me permitieron alcanzar esta meta; como también a la Dra. Carolina Guma por su apoyo incondicional.

La autora.

HOJA DE CALIFICACIÓN

Buenos Aires, 15 de Marzo del 2019

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	i
HOJA DE CALIFICACION.....	ii
1. INTRODUCCION.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS.....	6
3.1 Objetivo general:.....	6
3.2 Objetivos específicos:.....	6
4. MARCO TEORICO.....	7
4.1 Medicina Defensiva.....	7
4.2 Definición.....	7
4.3 Antecedentes.....	7
4.4 Factores que condicionan el desarrollo de la Medicina Defensiva.....	10
4.5 Modalidades de la Medicina Defensiva.....	14
4.6 Consecuencias de la medicina defensiva.....	15
4.7 Alternativas a la Medicina Defensiva.....	16
5. METODOLOGIA.....	20
5.1 Tipo de investigación.....	20
5.2. Ámbito de estudio.....	21
5.3 Técnicas de relevamiento.....	22
6. RESULTADOS.....	23
7. CONCLUSIONES.....	39
8. BIBLIOGRAFÍA.....	42
9. ANEXOS.....	45

TÍTULO: MEDICINA DEFENSIVA DESDE LA PERCEPCION DEL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL SANTO DOMINGO, ECUADOR PERIODO 2018-2019.

1. INTRODUCCION

1.1 Planteamiento del Problema

Tradicionalmente la relación entre el médico y el paciente se desarrollaba en un marco de mutua confianza, más el desarrollo de la tecnología, las comunicaciones, el fácil acceso a la información, el crecimiento de los sistemas socializados y masivos de salud ha hecho que esta relación haya sufrido cambios y en algunos casos un riesgoso deterioro de esta relación; generándose entonces un ambiente de desconfianza. Es indudable que la práctica médica actual es cada día más especializada y conlleva procedimientos diagnósticos y terapéuticos con riesgos que, unidos a una serie de factores, en una sociedad del bienestar que experimenta acelerados e intensos cambios tecnológicos y científicos rápidos e intensos, fomenta la creencia de que cuanto mayor es el alcance técnico de la medicina, mejores resultados se producen.

En las sociedades globalizadas la industria del litigio se ha incrementado de manera alarmante, produciéndose un aumento considerable de reclamos, denuncias civiles y penales, derivadas de la insatisfacción de la atención médica en que, el paciente o familiares asumen que existió mala praxis, exigiendo ante los tribunales, lo que ellos creen es la indemnización justa por no haber recibido la atención deseada o los resultados esperados. (Guzmán y otros, 2011, p.152-159).

Según las cifras de la Fiscalía General del Estado, en el Ecuador desde la aplicación del Código Orgánico Integral Penal (COIP) desde Agosto del 2014, hasta Agosto del 2018, se han presentado 779 casos por homicidio culposo por mala práctica profesional que se corresponde cuando la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas (Dirección de política criminal, 2018). Además, estudios nacionales señalan que aproximadamente el 6% de las intervenciones sanitarias desencadenan en los pacientes mortalidad, incapacidad temporal o permanente; de estos eventos el 30 % son negligencias o errores culposos, es decir sujetos a judicialización ; además, los peritajes por

responsabilidad médica del servicio médico legal, revelan que en los últimos siete años los médicos presentan un 80% de querellas, odontólogos un 10% y el 10% restante por otros profesionales de la salud (Lema, 2015).

Es así que el planteamiento del presente trabajo hace referencia a los cambios de conducta humana que pueden ocurrir en el personal médico, mismos que pueden abarcar desde quebrantamientos de costumbres, normas, preceptos morales, hasta leyes y reglamentos codificados; particularmente, las que son objeto de nuestro estudio, que hacen referencia a las conductas médicas en las diferentes áreas de atención las que se han modificado con el paso del tiempo y cuya finalidad es evitar demandas médico legales por malas praxis profesional, dando nacimiento a la Medicina defensiva.

Se conoce como Medicina defensiva al conjunto de conductas desarrolladas por los médicos para evitar las demandas por mala praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún los de escasa efectividad o a evitar pacientes de alto riesgo, incrementando innecesariamente los gastos del sistema de salud y, en ocasiones, sometiendo al paciente a riesgos evitables (Arymani, 2007, p.14). Se manifiesta o por una excesiva cautela, solicitando más pruebas de las necesarias con el fin de disuadir al paciente de cualquier reclamación (medicina defensiva positiva), o por rechazar llevar a cabo actos de mayor riesgo por si terminan en una demanda (medicina defensiva negativa). Ambas conductas suponen un riesgo para los pacientes y una amenaza a la sostenibilidad del sistema sanitario (Mira y otros, 2018, p.273).

Se tiene conocimiento que en Atención Primaria en España (apenas estudiado este fenómeno), la medicina defensiva supone hasta un 3% del costo total de la atención en este nivel asistencial y que a su vez, está extendida en todos los sistemas sanitarios con cifras estimadas que oscilan entre el 93% de los médicos de hospitales norteamericanos y el 60% de los italianos. (Mira y otros, 2018, p.273). Además, es un ejercicio profesional éticamente inadmisibles, si tomamos en cuenta su importancia en la injerencia de la salud pública, pues se agregan enormes gastos al sistema de salud sin más beneficios para el paciente. (Ortega y otros, 2009, p.8).

Bajo esta perspectiva, el estudio de este problema surge ante la necesidad de conocer con que frecuencia los médicos alteran su comportamiento clínico debido a la amenaza de responsabilidad por negligencia médica y las consecuencias que estos cambios producen; permitiendo solidificar en estadísticas las mismas, ya que no se cuenta en el país con datos específicos que nos acerque a esa realidad; por lo que, para poder dimensionar este problema y evaluarlo, se aplicará una encuesta tipo Likert validado de 17

ítems que evaluarán sobre actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva que básicamente son dos: comportamientos de seguridad y de evitación; y en esta ocasión se aplicará sobre el personal médico que labora en el Hospital General Santo Domingo de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, provincia de Tsáchilas, república de Ecuador que cuenta con las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología, Endocrinología, Urología, Cardiología, Neumología, Psiquiatría, Psicología, Odontología y Optometría y que beneficia directamente a una población estimada de 74.819 usuarios. (Tomado de : <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-santo-domingo>)

Cabe concluir que la exploración de las opiniones médicas, modulada por la experiencia diaria en la vida hospitalaria, posibilitaría acercarnos al conocimiento de las conductas defensivas en cuanto a sus factores causales y poder tomar así labores correccionales. La profesión médica del siglo XXI vive un momento crítico en el que debe asumir retos para cumplir no solo el cambio de expectativas de los pacientes, sino también los nuevos requisitos públicos y políticos de calidad, seguridad y control de costos (Arymani, 2007, p.11), por lo que se infiere que si las demandas y reclamaciones de los pacientes son la principal causa del proceder defensivo del médico podría afirmarse que si las primeras no se plantearan la medicina defensiva no existiera.

2. JUSTIFICACIÓN

Es determinante el desarrollo del presente trabajo, pues estudios de cambios de comportamientos durante el ejercicio profesional en el personal médico en relación a la medicina defensiva no existen en el país. Además, reportes de países desarrollados, demuestran que uno de cada siete médicos es demandado cada año y la mitad o más toma decisiones clínicas influidas por un “extremo” o un fuerte deseo de minimizar la posibilidad de ser demandado (Sánchez, y otros, 2005, p.200).

Ante el incremento de quejas y demandas en contra del médico, la medicina defensiva es una alternativa que comúnmente se utiliza en la práctica profesional, 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 (Guzmán y otros, 2011, p.155).

La investigación surge de un interés no solo desde el punto de vista profesional sino académico pues, permitirá profundizar el estudio de los factores que contribuyen a las demandas médico-legales por mala praxis en la labor médica, reconocerlos tempranamente permitiría activar los mecanismos de contención y evitar llegar al proceso los litigios legales que tanto perjudican a la práctica médica y que por evitarlas hace que cada día avance la Medicina defensiva.

Indudablemente que conocer la perspectiva del médico desde el punto de vista de su percepción, en un futuro no muy lejano; permitirá estudiar el fenómeno en todas sus fases y conocer cuáles son las falencias del sistema de salud en cuanto al tema se refiere. Irónicamente la medicina defensiva exacerba el problema que trata de resolver y en lugar de proteger al médico de una posible demanda crea un clima de inseguridad, desconfianza y provocación en el cual las demandas ocurren más a menudo.

Finalmente, cabe recalcar que el análisis de esta temática en otros países como Estados Unidos, Italia, etc., permitió calcular los costos derivados de la medicina defensiva y las conclusiones se utilizaron para lograr reformas legales que pusieran algún tipo de límite a las demandas (Arymani, 2007, p.14).

2.1 Pregunta problema: ¿Se practica Medicina Defensiva en el personal médico del Hospital General Santo Domingo, periodo 2018-2019?

2.2 Hipótesis:

Existe un bajo grado de práctica de Medicina Defensiva en el personal médico del Hospital General Santo Domingo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Determinar el grado de percepción de práctica de Medicina Defensiva ejercida por personal médico del Hospital General Santo Domingo durante el periodo 2018-2019?

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar que especialidades médicas practican más la Medicina defensiva.
- Categorizar la prevalencia de medicina defensiva según factores socio- demográficos

4. MARCO TEORICO

4.1 Medicina Defensiva

4.2 Definición

Se entiende como Medicina Defensiva al conjunto de conductas desarrolladas por los médicos principalmente ante la amenaza de responsabilidad Médica y que por lo tanto se realizan para evitar demandas por mala praxis. Consiste en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún los de escasa efectividad o evitar atender pacientes de alto riesgo, lo cual, incrementa innecesariamente los gastos del sistema de salud y en ocasiones somete al paciente a riesgos evitables (Arymani, 2007, p.14). Estas conductas el médico lo realiza consciente o inconscientemente, 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 o sus familiares, podrá justificar ante el juez ya que se cumplieron y se rebasaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y de seguimiento en el proceso de atención médica del paciente. (Guzmán y otros, 2011, p.151).

Se manifiesta o por una excesiva cautela, solicitando más pruebas de las necesarias con el fin de disuadir al paciente de cualquier reclamación (medicina defensiva positiva), o por rechazar llevar a cabo actos de mayor riesgo por si terminan en una demanda (medicina defensiva negativa). Ambas conductas suponen un riesgo para los pacientes y una amenaza a la sostenibilidad del sistema sanitario (Mira y otros, 2018, p.273).

En cuanto a las especialidades médicas en la práctica las 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. 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. (Franco y otros, 2018, p.26).

4.3 Antecedentes

En la antigüedad, la figura paternalista del médico daba lugar a una relación médico-paciente muy singular, en donde la conducta del médico prevalecía y él debía decir qué y

cómo hacer las cosas, sin la más mínima intervención del paciente, el cual era receptivo, obediente y acrítico. Esa relación generalmente no era vigilada ni daba lugar a la crítica, la inconformidad y, menos a la demanda, por lo que, tradicionalmente la relación entre el médico y el paciente se basaba en una gran confianza.

Sin embargo, a raíz del desarrollo de la tecnología, las comunicaciones, el fácil acceso a la información, al crecimiento de los sistemas socializados y masivos de salud, esta relación ha sufrido cambios y en algunos casos deterioro generándose desconfianza. Es indudable que la práctica médica actual es cada día más especializada y conlleva procedimientos diagnósticos y terapéuticos con riesgos que, unidos a una serie de factores, en una sociedad del bienestar que experimenta cambios tecnológicos y científicos rápidos e intensos, fomenta la creencia de que cuanto mayor es el alcance técnico de la medicina, mejores resultados se producen.

Cabe recalcar que la medicina no es una práctica infalible, muy a pesar del paradigma de la Medicina basada en la evidencia; los daños a pacientes asociados a errores médicos son elevados y conllevan una alta carga de sufrimiento. En Estados Unidos las muertes asociadas a errores médicos superan a aquellas producidas por accidentes de tránsito, por cánceres de mama y por sida, por ello la importancia del estudio del daño médico involuntario no (Maglio, 2011, p.359).

Es así que surge la medicina defensiva, desde la década de los 60 cuando fue reconocida por primera vez, pero no fue, considerada sino hasta principios de los años 90 por vez primera como un problema para los servicios de salud en Estados Unidos de Norteamérica por el Congreso, a través de su Oficina de Aseguramiento de la Tecnología que 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 (Dávila, 2018, pp.54).

Además, se conoce que la sobreutilización inadecuada de recursos diagnósticos y terapéuticos se relaciona con prácticas asistenciales inseguras, inadecuadas y/o ineficientes. La medicina defensiva se encuentra entre las causas de la sobreutilización. (Mira, Carrillo y Sobrina, 2018, p.273). Así por ejemplo los resultados de una investigación realizada entre médicos en Massachusetts lo indican: el 28% de las derivaciones a estudios por imágenes sólo representan prácticas de defensa y precaución de los médicos; refiriendo también a la inadecuada educación médica como causa del incremento injustificado de esos estudios (Maglio, 2011, p. 362).

Se ha reportado medicina defensiva ampliamente en los Estados Unidos y en el extranjero, sin embargo, su prevalencia y las características siguen siendo controvertidas (Studdert, D. & otros, 2005, p. 2609).; ya que su costo es catastrófico.

Ortega y otros, 2009, afirma:

En los Estados Unidos se ha calculado que la MD representa el 20% del costo final de la atención médica, que solo la exagerada solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, ocupa el 8% del presupuesto en salud de ese país, lo que equivale a 10 billones de dólares y los costos finales por Medicina defensiva pueden alcanzar los 50 billones de dólares por año. Su frecuencia se ha estudiado mundialmente con cifras cada vez más altas, por ejemplo, Studdert publica en JAMA, que en el 2005 en los Estados Unidos se estimó que el 93% de los médicos practican Medicina Defensiva; en Japón en una encuesta aplicada a Gastroenterólogos encontraron una frecuencia del 98%. En Gran Bretaña se detectó que el 75% de los Psiquiatras divulgaron prácticas defensivas. En México, en una encuesta realizada por los doctores: José Manuel Sánchez González y Carlos Tena Tamayo, publicada en el año 2005, encontraron que de un total de 613 médicos encuestados, 376 (61.3 %) presentaban algún grado de práctica de Medicina Defensiva (p.5).

En Pennsylvania los resultados de una encuesta realizada a 824 médicos de seis especialidades denominadas de “alto riesgo” para el conflicto, evidenciaron que 93% de 65% de los médicos que respondieron las preguntas elaboradas, informaron realizar actos catalogados con ese calificativo. Las respuestas más frecuentes se ubican en: solicitud de exámenes, realización de procedimientos de diagnóstico, y referencia para consulta a otras especialidades (92%) sin fundamento médico. Coincidentemente, el más reciente acto de defensa, reportado en 43% de los encuestados, consistió en el uso de tecnología de imágenes en circunstancias clínicamente innecesarias. (Robles y otros, 2014, pp.830).

En la República Argentina el problema se ha incrementado de manera alarmante, por ejemplo se publicaron los resultados de una encuesta realizada en 2004, la cual afirmó que el 70% de los médicos que participaron en el estudio, practicaban alguna forma medicina defensiva, realizando una estimación aproximada del costo que esta práctica general se llegó a la cifra de 683,020,800.00 dólares al año que correspondió al 0.72% del PIB, un gasto de esa magnitud en la sobre-prestación de servicios si se realiza en un hospital público, se paga con los impuestos si se hace a través de prepaga (aseguradoras) también la paga el ciudadano a través de los aumentos de las primas de los seguros de gastos médicos (Guzmán y otros, 2011, p.152).

En Ecuador, no se cuenta con estudios que hablen de la prevalencia de la práctica de Medicina Defensiva, sin embargo es importante conocer que en los últimos años, las

reclamaciones contra médicos por presunto error, imprudencia, negligencia, o por daños en una actuación médica están experimentando un amento.

Según las cifras de la Fiscalía General del Estado, en el Ecuador desde la aplicación del Código Orgánico Integral Penal (COIP) desde Agosto del 2014, hasta Agosto del 2018, se han presentado 779 casos por homicidio culposo por mala práctica profesional que se corresponde cuando la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas (Dirección de política criminal, 2018). Además, estudios nacionales señalan que aproximadamente el 6% de las intervenciones sanitarias desencadenan en los pacientes mortalidad, incapacidad temporal o permanente; de estos eventos el 30 % son negligencias o errores culposos, es decir sujetos a judicialización ; además, los peritajes por responsabilidad médica del servicio médico legal, revelan que en los últimos siete años los médicos presentan un 80% de querellas, odontólogos un 10% y el 10% restante por otros profesionales de la salud (Lema, 2015).

Este tipo de publicaciones ante una sociedad económicamente deteriorada por las numerosas crisis económicas, favorece la industria del litigio en contra del médico, viendo en ella, una tierra fértil para hacerse de recursos “fáciles” a costa de una atención médica presuntamente inadecuada o de resultados supuestamente no satisfactorios.

4.4 Factores que condicionan el desarrollo de la Medicina Defensiva

La evolución de la medicina conlleva una interacción en todos sus campos, por lo que los factores que se estiman condicionan su aparición y sostenimiento son los siguientes:

Debilitación de la relación médico-paciente: Como ya se mencionó, la relación médico-paciente ha dado un giro total, pues ya no se basa en la confianza como antes y ese temor infundado es bilateral, es decir; ahora existe más desconfianza por parte del paciente y a su vez el profesional de la salud teme al reclamo.

Se ha notado que más del 60% de las quejas derivan de una comunicación deficiente entre el médico y su paciente, ya que la información es proporcionada en términos no comprensibles para el enfermo, o no se proporciona porque se considera al enfermo incapaz de comprenderla sin retroalimentación ni empatía (Guzmán y otros, 2011, p.155).

Y por esta razón el médico es considerado culpable por establecer una mala relación con su paciente, al no mantener una buena comunicación, no explicar los riesgos de

cualquier procedimiento, aclarar las dudas del paciente u orientarlo debidamente, pues un número considerable de inconformidades en contra de los profesionales de la salud tienen su origen en la falta de información al paciente acerca de sus patologías, tratamientos, riesgos y pronóstico (Dávila, 2018, pp. 57).

Fácil acceso de la población a la información médica: Hoy en día a través de los medios de comunicación y su fácil acceso a la información, es en donde las personas tienen conocimiento de los procedimientos quirúrgicos o terapéuticos que están a la vanguardia, o incluso, se enteran de quejas, denuncias o demandas por negligencia médica o *mala praxis*. Esto da como resultado que al acudir ante un profesional de la salud para consulta o atención médica de cualquier tipo, el paciente quiere hacer valer sus derechos ante el médico por encima incluso de sus deberes como paciente, pues cuestiona el procedimiento a realizar y decide si se somete o no al mismo así como a la toma cierto medicamento prescrito. Cualquier duda que tenga, justificada o no, la somete a discusión con el médico (Dávila, 2018, pp. 57).

Lo adecuado ante esta situación sería disponer del tiempo necesario y las herramientas para establecer una comunicación asertiva y empática, que lleve a un intercambio de ideas, opiniones y conceptos que culminen con el establecimiento de acuerdos en los que se observen las preferencias del paciente con base en una adecuada información, para lograr la comprensión plena que consiga cambios de conducta y actitud ya que se afecta la relación médico-paciente como parte de un sistema y por lo tanto hay que reconocer que no se está exento de cometer errores (Tena y otros, 2005, p.555).

La judicialización de la responsabilidad médica: La responsabilidad profesional médica es la obligación que tienen los médicos y todo profesional de la Medicina de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores, voluntarios e involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión. El médico es sujeto de responsabilidad jurídica cuando actúa con negligencia, impericia y/o imprudencia (Ríos y Fuente, 2016, p.102).

El afectado por un resultado dañoso en el ámbito de la medicina puede ejercitar sus acciones tanto penales como civiles frente:

- a) al profesional médico o sanitario
- b) al Centro sanitario donde se produjo el acto médico.
- c) a la entidad aseguradora ya sea pública o privada (Revuelta, 2006, p.57).

Es importante señalar que tal y como expresa el juramento hipocrático, el médico no está obligado a garantizar la curación del paciente, sino al empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado vigente de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en el caso. (Fuente y otros, 2018, pp.123-124).

La gran cantidad de situaciones que viven los médicos en el ejercicio moderno de la medicina ha generado una serie de dilemas que conllevan a meditar las repercusiones que el tratamiento jurídico aplica a los médicos involucrados en eventos inesperados y resultados indeseables en salud esto hace que el acto médico con sus actuales connotaciones legales, sea el tema predilecto de todos los escenarios donde se habla de medicina; la posición del profesional de la salud está en el mar de la incertidumbre pues por un lado desconocemos la intrincada trama jurídica y, por otro, con ligereza académica nos situamos en la posición de legisladores, abogados litigantes y jueces; por lo que surgen alternativas de protección como la medicina defensiva siempre ante el temor de una demanda legal (Robles y otros, 2014, p.829).

En Ecuador, se debe señalar que luego de que entró en vigencia en el Registro Oficial, del Código Orgánico Integral Penal de Ecuador (COIP) el 10 de agosto de 2014, el tratamiento penal en calidad de delito para algunos tipos penales que describen conductas donde, determinados profesionales pueden incurrir en responsabilidad penal, ya sea derivado de su acción u omisión delictiva, tanto por poner en peligro determinados y relevantes bienes jurídicos protegidos especialmente por el ordenamiento penal, como por afectar o dañar estos mismos bienes jurídicos. Entre estas modificaciones que causaron gran revuelo, se incluye el Homicidio Culposo por Mala Práctica Profesional, previsto y sancionado en el art. 146 del COIP, mismo que fue interpretado por la gran mayoría de miembros del gremio de médicos como una agresión a su ejercicio profesional generando un rechazo total ; por lo que , el Colegio Médico del Guayas entregó una propuesta para que sea considerada en la Asamblea Nacional para que la práctica médica sea juzgada por el organismo rector que es el Ministerio de Salud, y que sea incluida en el Código de la Salud (López, 2017, pp.70-75).

En este punto vale aclarar la distinción entre error y mala práctica médica

Ríos y Fuente, 2016, afirman:

Suele señalarse que la medicina no es una ciencia exacta; así, una interpretación errada de los hechos clínicos por parte del médico puede llevar a un diagnóstico erróneo que, aunque no exime de responsabilidad al médico que lo comete, no reviste la gravedad de la negligencia médica, por lo que se habla entonces de un error

excusable, pues lo que se le pide al "buen médico" es aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas con diligencia, compartiendo con el paciente la información pertinente, haciéndole presente sus dudas y certezas, tomando en cuenta sus valores y creencias en la toma de decisiones y actuando con responsabilidad y prudencia. Por otro lado, el término malapraxis (mala práctica médica) se ha acuñado para señalar conductas impropias del profesional frente a un paciente y que no sigue las normas o pautas que señala la lex artis médica, pero no hay aquí un error de juicio, sino que, o la actuación del médico que está en posesión de conocimientos y habilidades no ha sido diligente, o éste ha actuado con impericia e imprudencia frente a una situación clínica para la cual no está capacitado; este tipo de conducta médica constituye un error médico inexcusable y el profesional debe responder por esta conducta inapropiada. Por tanto, la responsabilidad profesional está subordinada a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado (p.102).

Los medios de comunicación : Han influido enormemente en la divulgación de los procesos legales que enfrentan los profesionales de la salud, de manera inmediata y masivamente, lo que trae como consecuencia que el actuar médico sea más reservado , incluso temeroso al observar cómo se desprestigia al médico que se encuentra involucrado en noticias de este tipo.

Los medios de comunicación se encargan de divulgar estas noticias de manera amarillista, siempre en detrimento del médico, sin tener en la mayoría de los casos la información (Dávila, 2018, p.57).

La industria del litigio: Se ha incrementado de manera alarmante, produciéndose un aumento importante en el número de quejas médicas, denuncias civiles y penales, generadas por un proceso de atención médica en que el paciente asume que existió mala praxis, exigiendo ante los tribunales, lo que ellos creen es la indemnización justa por no haber recibido la atención deseada o los resultados esperados. (Guzmán y otros, 2011, pp.152-159).

Esta industria fue generadora del desarrollo de la Medicina Defensiva debido al aumento de las demandas legales a médicos por supuesta mala praxis, derivando en dos conductas típicas durante la práctica de la Medicina Defensiva : comportamientos de seguridad y de evitación (Studdert, D. & otros, 2005, p.2609). Además está claro que crea un clima de inseguridad, desconfianza y provocación en el cual las demandas ocurren más a menudo (Guzmán y otros, 2011, p.151).

No se puede negar que las aseguradoras y los abogados que se vinculan ,favorecen el incremento en las cuotas de los seguros médicos, seleccionan a sus pacientes, no renovando pólizas o incrementando primas si éstos han sufrido alguna enfermedad o siniestro, pero por otro lado presionan al médico a adquirir seguros de responsabilidad civil, fomentando el incremento de las demandas, pues se conoce que los abogados obtienen directamente del 40% al 70% de los beneficios económicos derivados de los gastos originados por los juicios y de las indemnizaciones a raíz de las demandas en contra de los médicos (Guzmán y otros, 2011, p.154).

Como resultado de estos cambios hoy vivimos un entorno sumamente complejo: la importante disminución en la confianza de la sociedad en los profesionales de la salud, la reducción en el respeto por la autoridad especialista, y el incremento de una actividad reguladora evidente en todos los sectores, esto sumado al masivo stress de los grupos profesionales, la influencia masiva de la comunicación, el acceso a la información, la contención de los gastos en salud y a los cambios culturales, ideológicos, tecnológicos y económicos de las sociedades modernas.

Por lo tanto, el rol de los médicos es complicado debido a la expansión de las expectativas, guías y recomendaciones de las diversas sociedades médicas y grupos profesionales, planes de salud y la industria del litigio. Muchas de las recomendaciones que han surgido son valiosas, pero su efecto acumulativo llega a confundir al médico, pues en ocasiones resultan contradictorias. (Tena y otros, 2005, p.554).

4.5 Modalidades de la Medicina Defensiva:

Se consideran dos modalidades de práctica de la medicina defensiva:

➤ Medicina Defensiva Positiva

Definición: Consiste en adoptar un exceso de medidas de seguridad mediante cuidados suplementarios ejemplos:

- Excesos en el uso de tecnología
- Estudios innecesarios
- Referencia innecesaria: Exceso en referencia de pacientes a valoraciones especializadas, excesos en el número de interconsultas o deshacerse de pacientes de “alto” riesgo o conflictivos.

- Negarse a atender enfermos complicados, con padecimientos de alto riesgo de litigio (Guzmán y otros, 2011, p.151).

Es decir, involucra suministrar servicios adicionales de marginal o ningún valor médico con el objetivo de reducir los resultados adversos y disuadir pacientes por mala praxis.

➤ **Medicina Defensiva Negativa**

Definición : La medicina defensiva negativa u omisiva es en la que los médicos abandonan su ejercicio profesional o se apartan de situaciones conflictivas o de alto riesgo de litigio, este tipo de medicina defensiva produce retardo en la toma de decisiones en las actividades diarias, habitualmente tiende a postergar la atención del enfermo para los turnos subsecuentes, especialmente en los casos de enfermos complicados o con familiares demandantes, situación que afecta de manera importante la salud del enfermo ya que el diferimiento en la atención muchas veces conlleva la progresión de la enfermedad a estadios irreversibles (Guzmán y otros, 2011, p.151).

Es decir, son los comportamientos de evitación y reflejan los esfuerzos de los médicos de distanciarse de las fuentes de riesgo legal.

4.6 Consecuencias de la medicina defensiva

Las prácticas de Medicina Defensiva negativa, también llamada comportamientos de escape.

Dávila, 2018 afirma:

Algunas de las consecuencias que trae consigo el emplear una conducta defensiva en la medicina por parte del profesional de la salud para protegerse de un posible conflicto médico legal son las siguientes:

- El médico indica estudios no indispensables para el diagnóstico más exámenes de laboratorio sin una finalidad clínica, solamente para cubrirse de una posible queja, demanda o denuncia y tener elementos probatorios (los cuales, en muchas ocasiones, resultan superfluos).

- Prescripción de medicamentos innecesarios, tratamientos médicos o procedimientos clínicos que no tienen lógica con la “*lex artis médica ad hoc*” y que, por lo tanto, no debieron haberse prescrito.
- Ante la inseguridad el médico cita a su paciente con más frecuencia o incrementa las interconsultas con otros especialistas.
- Selecciona a sus pacientes, procurando atender a aquellos que muestren patologías poco complejas; evita a los que requieren atención urgente o aquellos que considera conflictivos.
- Los hospitales evitan tener especialidades con alto riesgo por demandas (pp.57-58)

Pero además también se generan efectos positivos como:

Los efectos de las prácticas de la Medicina Defensiva Positiva, también llamado comportamientos de seguridad indirectamente promueven una mejora en la calidad como:

- El aumento de cribado,
- Actividades de auditoría o de satisfacción de los pacientes,
- Explicación más detallada a los pacientes o toma de notas más detalladas (Franco y otros, 2018, p.26).

4.7 Alternativas a la Medicina Defensiva

Está claro que el objetivo de la medicina defensiva es protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente que termine en una demanda legal, por lo que se la considera una forma no ética de ejercicio profesional ya que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente.

Es así que como reacción al modelo de la medicina defensiva se ha levantado un nuevo paradigma de sólido fundamento ético, profesional y médico-legal: la llamada medicina asertiva ya que la asertividad es una de las claves de la comunicación para la prevención primaria, secundaria y terciaria de los conflictos interpersonales, incluidos los de la relación médico-paciente y a su favor se argumentan con algunas naturales controversias los principios de precaución y de prevención (Rodríguez, 2006). Si la medicina defensiva proviene del mundo desarrollado, la medicina asertiva es una respuesta latinoamericana, propuesta por Tena y Sánchez.

Así, se proponen alternativas para combatir la Medicina Defensiva:

a) Medicina Asertiva

Se basa en mejorar en cuatro habilidades principales en el médico:

Primera: El médico debe conocer la normativa Sanitaria y sus obligaciones, debe tener claro que la medicina es tanto ciencia como arte, los principios científicos de la medicina cambian a una velocidad vertiginosa, por lo que el médico debe actualizar sus conocimientos tanto como sea posible, ajustándose a la Lex Artis médica: por otro lado debe desarrollar habilidades de comunicación que le permitan mejorar en su relación médico paciente y brindarle un trato respetuoso y humanista.

Segunda: Debe conocer sus derechos, toda vez que sólo conociéndolos el médico puede exigir que éstos sean respetados por el paciente, sus familiares, las autoridades institucionales, sanitarias y administrativas.

Tercera: Debe conocer los derechos de su paciente y respetarlos favoreciendo una relación con mayor cordialidad y confianza, proporcionando al enfermo una sensación de seguridad toda vez que el médico con su conducta le hace sentir que es muy importante para él, que comparte y entiende su angustia y temor por el padecimiento que padece y está a su lado para auxiliarle y acompañarle inclusive en el momento de su muerte.

Cuarta: Debe mejorar mediante estrategias de comunicación su relación médico-paciente en forma permanente, para lograr este fin hay que generar confianza y empatía.

En el terreno profesional, la conducta asertiva suele ser más eficaz para conseguir objetivos que la conducta agresiva o pasiva, sin embargo no está planeada para que el individuo consiga siempre lo que quiera, ni tampoco elimina la posibilidad de conflicto; el médico asertivo es aquel que tiene confianza en sí mismo, porque está seguro de sus opiniones, es expresivo, espontáneo y seguro, se comunica efectivamente, respeta y comprende a sus pacientes, conoce y respeta sus derechos, exige que cumplan con sus obligaciones de cuidado y hace que éstos respeten sus derechos como médico, por lo que no tiene temor a ser demandado ni se ve obligado a asumir una conducta cautelosa ni defensiva (Guzmán y otros, 2011, p.155).

b) Preparación académica intensa, activa y eficaz

La comunidad médica, en general, reconoce que la preparación y superación académica constituye nuestra mejor respuesta a la “judicialización de la medicina”, pero tampoco es suficiente. Un gran número de demandas, denuncias o quejas se establecen en contra de médicos con un alto nivel académico y provisto de habilidades quirúrgicas extraordinarias. Alienta que los estudiosos del tema reportan que más de 70% de las veces la resolución es favorable al médico, con pruebas de suficiencia académica, así que lo que nos queda es la preparación constante y a la vanguardia (Robles y otros, 2014, p.831)

c) Reformar las legislaciones: Una propuesta la “despenalización del acto médico”

Aunque suene utópico y viabilizar esta propuesta resulte extremadamente difícil, para lograrlo se requiere tenacidad, tiempo y conocimientos. Empezando por lograr que se reconozca lo injusto de la ley vigente para su aplicación a los actos médicos. La idea central es que el acto médico bajo ninguna circunstancia pudiera considerarse poseedor de los atributos que la ley le confiere a los delitos, lastimosamente se contradice porque la salud y la vida son los bienes tutelados más sagrados por el Estado.

La despenalización del acto médico produciría que todos los actos médicos se instruyan en el ámbito civil o, bien, el administrativo, quitando la posibilidad de discusión en el recinto penal. La diferencia fundamental es muy clara: en el ámbito civil la resolución judicial en contra del médico se limita a la reparación del daño desde el punto de vista económico, mientras que en el ámbito penal se pone en juego también la libertad y el ejercicio profesional.

Redefinir el alcance de la culpa médica va entre : la exigibilidad (objetiva y subjetiva) y la heterointegración del cuidado debido por ejemplo un estrategias dogmáticas, sería acudir al criterio de la gravedad, exigiendo la culpa grave del Profesional, que podría lograrse: (a) ajustando el parámetro normativo de precisión del deber de cuidado y bajando, a la inversa, el nivel de *exigibilidad objetiva*; o bien, (b) sobre la base de la teoría de la “doble dimensión” de la culpa, según la cual, además de la infracción de cuidado debido (“tipo subjetivo”, o “dimensión típica” de la culpa), se requiere la existencia de un poder efectivo de previsión y evitación exigiendo que al sujeto imputado le fuera *subjetivamente exigible* el cumplimiento del cuidado debido (Perín, 2018, pp. 867-868).

Ahora tratándose de acto médico no existirá delito si en el consentimiento expreso y documentado se estableció que se podía presentar la complicación motivo de la denuncia o querrela, o de la pérdida de la vida, por lo tanto el paciente queda habilitado para otorgar o no su consentimiento válidamente informado y rechazar tratamientos o procedimientos. Cuando el riesgo del acto médico autorizado se encuentre descrito en la carta de consentimiento previamente aceptada por el usuario, constituirá la exclusión de responsabilidad a que se refiere el Código Penal, sin embargo la diferencia entre un delito culposo y doloroso salta a la vista: la intención de causar o no el resultado típico. Los médicos por la naturaleza de nuestros actos, jamás buscaremos intencionadamente causar la muerte o un deterioro en la salud de nuestros pacientes, mientras que en ocasiones sí podremos provocar estos efectos por falta de un deber de cuidado como lo contemplan las leyes. (Robles y otros, 2014, pp.832-835).

En este sentido el Ecuador, no dista de la realidad de otros países ya que la Constitución Política de la República del Ecuador (art. 361), la Ley Orgánica de la Salud (art. 7) y el Código de Ética Médica del Ecuador (art. 15 y 16), señalan la obligación del consentimiento informado para la realización de todo procedimiento clínico o quirúrgico y en el área clínica, se entiende como la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica (García, s.f.). Además, el Código Orgánico Integral Penal en el último párrafo del artículo 152: *“No serán punibles las lesiones derivadas de acciones terapéuticas ejecutadas por profesionales de la salud en cumplimiento del principio de necesidad que precautele la salud del paciente”*. El artículo establece como primer requisito para que no exista responsabilidad el hecho que las lesiones sean por motivos terapéuticos, es decir actos que buscan tratar las enfermedades de los pacientes y segundo que sea en base al principio de necesidad (Robalino, 2015, p.50).

Lamentablemente, debemos reconocer que, un factor negativo que representa un obstáculo a la voluntad de reformar a favor del médico lo constituye la existencia de colegas que incumplen con los principios éticos y profesionales que deben de caracterizar al médico.

La despenalización del acto médico se puede lograr, pero se requiere de un real trabajo de investigación doctrinaria contundente desde la perspectiva no solo médica, sino también jurídica, que impacte en el pensamiento y en la acción de los hacedores de leyes. (Robles y otros, 2014, pp.832-835).

d) Medicina basada en la evidencia (MBE) y la medicina centrada en el paciente (MCP): Son dos corrientes que han surgido con mucha fuerza en los sistemas sanitarios en los últimos años. Mientras que la primera tiene un enfoque poblacional

y su objetivo primordial es la generalización y la mejora de los resultados sanitarios en el promedio de los pacientes; la MCP tiene un enfoque individual, busca la particularización y la mejora de los resultados sanitarios en los pacientes concretos. De una forma muy simplista podría afirmarse que la MBE tiene su anclaje conceptual en la investigación, mientras que la MCP lo tiene en el cuidado médico. Si aquella nos hace pensar en los grandes tamaños de las muestras, esta nos lleva directamente hasta la cama de un paciente con nombre y apellidos reivindica la necesidad de volver la mirada hacia el paciente individual, entendido como persona. Mediante el enfoque en la heterogeneidad y el cuidado personalizado, la MCP «trata de proporcionar el mejor cuidado sanitario a cada paciente, en las condiciones de la práctica clínica, teniendo en cuenta sus objetivos, preferencias y valores, así como los recursos económicos disponibles. Pero el reto es cómo lograr el acercamiento de las dos corrientes. Para hacerlo posible, la MBE y la MPC deberían modificar sus puntos de referencia clásicos y buscar puntos de encuentro. Los métodos de investigación deberían acercarse al paciente individual y la práctica médica debería acercarse a los futuros pacientes, de tal forma que tanto la MBE como la MCP sirvan para generar conocimiento y para mejorar los resultados sanitarios de los pacientes de hoy y de los del mañana (Sacristán, 2013, p.461).

5. METODOLOGÍA

La investigación que se llevó a cabo correspondió a un estudio de tipo descriptivo, con un enfoque prospectivo, transversal, observacional y de campo.

5.1 Tipo de investigación:

- **Descriptiva:** Tuvo como objeto central describir el grado de práctica de medicina defensiva en el campo hospitalario a nivel del personal médico.
- **Prospectivo:** La forma como se recolectó los datos fue mediante la aplicación del cuestionario de Medicina defensiva, sobre el precedente de cuestionarios previos de Sánchez-González et al. y Ortashi et al.
- **Transversal:** Porque solamente se midió por una sola ocasión las variables.
- **Observacional:** Porque el investigador no intervino en la modificación de las variables.
- **De Campo:** Se consiguió un acercamiento directo a la realidad es decir obtener la información de primera mano, de forma directa.

El análisis fue tanto cualitativo como cuantitativo es decir tipo mixto.

5.2. **Ámbito de estudio:**

La presente investigación se realizó en el Hospital General Santo Domingo de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en Ecuador, ya que es un hospital Público de segundo nivel que cuenta con varias especialidades médicas.

- **Población:** Está integrada por: Médicos especialistas y médicos generales del Hospital General Santo Domingo.
- **Muestra:** El universo de análisis es el personal médico que labora en el Hospital General Santo Domingo que corresponde a un universo de 39 médicos en total, siempre que cumplan los criterios de inclusión por lo que la muestra fue intencionada no probabilística.
- **Criterios de Inclusión:**

Médicos especialistas y generales del Hospital General Santo Domingo que aceptaron participar del estudio.

- **Criterios de Exclusión:**

Se excluyeron médicos que se encontraban de vacaciones 1, licencia 3, negativa de participación en el estudio 2 y la investigadora 1.

- **Fuentes e instrumentos de recolección de datos**

Se aplicó una encuesta usando el cuestionario de Medicina cuestionario de Medicina defensiva, sobre el precedente de cuestionarios previos de Sánchez-González et al y Ortashi et al.

El cuestionario consta de dos secciones.

En la primera se formularon 6 preguntas para detectar datos socio-demográficos de los médicos las variables del estudio fueron edad, sexo, antigüedad, especialidad, antecedentes legales previos y seguro de mala praxis.

La segunda sección consta de 17 preguntas de las cuales solamente las preguntas 2, 5 y 10 sirven para determinar la práctica de medicina defensiva así:

Pregunta 2: Frecuentemente siento temor a ser demandado.

Indica la percepción del riesgo personal como una situación amenazante y responde ante ella con temor.

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

Es una conducta preventiva que el médico establece en cuanto a evitar insatisfacción del paciente y es una adaptación específica hacia el problema.

Pregunta 10: He modificado mi práctica para evitar ser demandado.

Esta pregunta indica el grado de concientización del médico, hacia el problema y por lo tanto toma conductas y actitudes, que podrían ser de utilidad en caso de ser demandado.

De estas variables se dividió en grados de práctica de Medicina Defensiva según se contestó: incipiente si una de las preguntas es afirmativa, evidente si tiene dos respuestas afirmativas, y manifiesta si las tres respuestas fueron contestadas afirmativamente.

5.3 Técnicas de relevamiento:

5.3.1 Fuentes Primarias:

1. Se aplicó la encuesta tipo Likert dicotómica de 17 preguntas sobre Medicina Defensiva (cuadro 1 en anexos).
2. Para asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos se aplicó previamente un consentimiento informado.

5.3.2 Fuentes secundarias:

1. Publicaciones de revistas sobre medicina defensiva, medicina asertiva y responsabilidad médica.

5.3.3 Procesamiento y Análisis de la información

Se procesó según el tipo de escala e indicador con gráficos porcentuales.

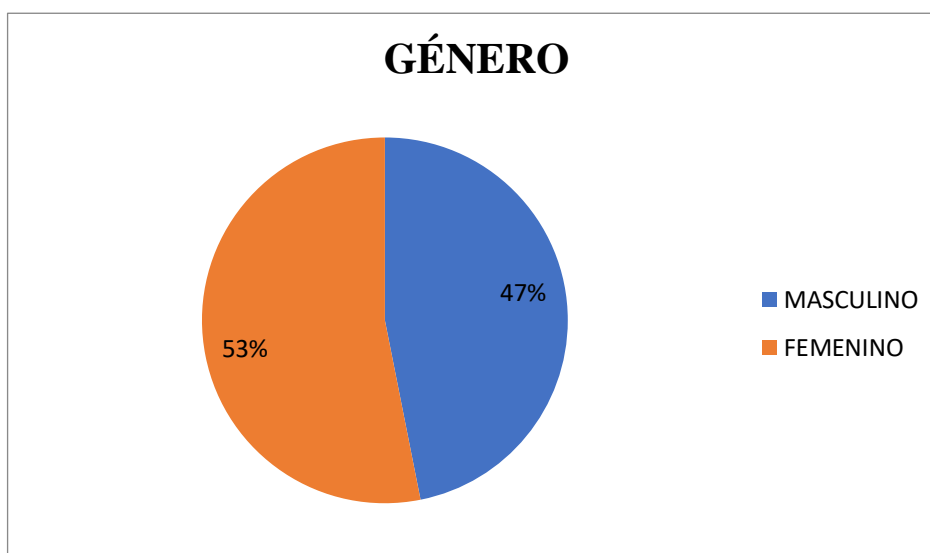
6. RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de médicos en el hospital general Santo Domingo según el género.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	15	46,88%
Femenino	17	53,13%
TOTAL	32	100,00%

Gráfico 1



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

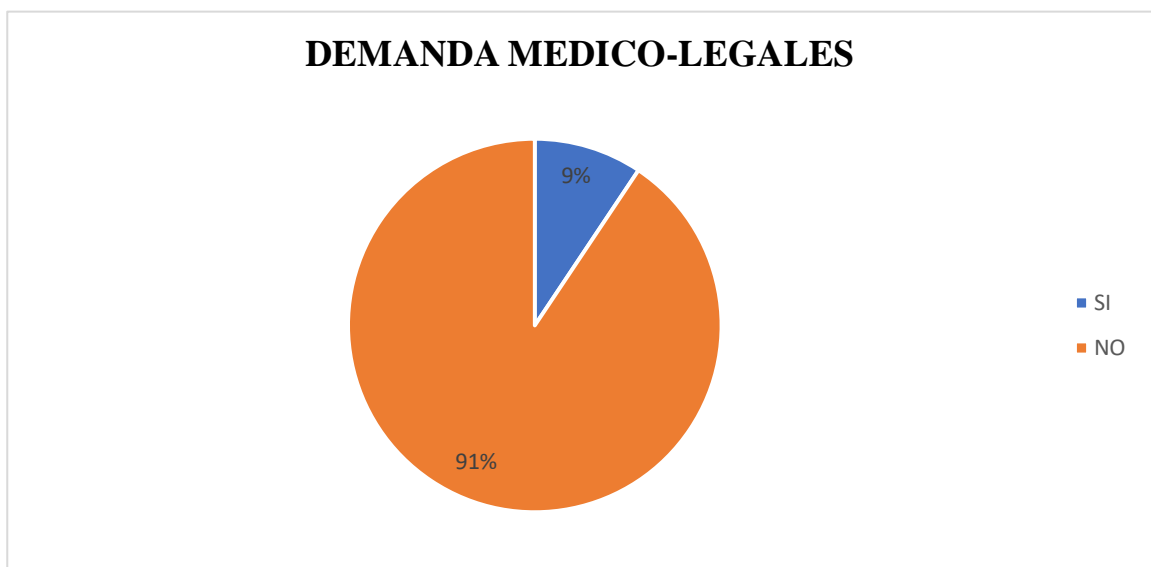
Se observa la distribución de la población en un porcentaje de 53% (17) corresponde al género femenino y 47% de porcentaje (15) de los médicos son de género masculino en el Hospital General Santo Domingo.

Tabla 2

Médicos en hospital general Santo Domingo con antecedentes de demandas médico-legales.

DEMANDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	9,38%
No	29	90,63%
TOTAL	32	100,00%

Gráfico 2



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

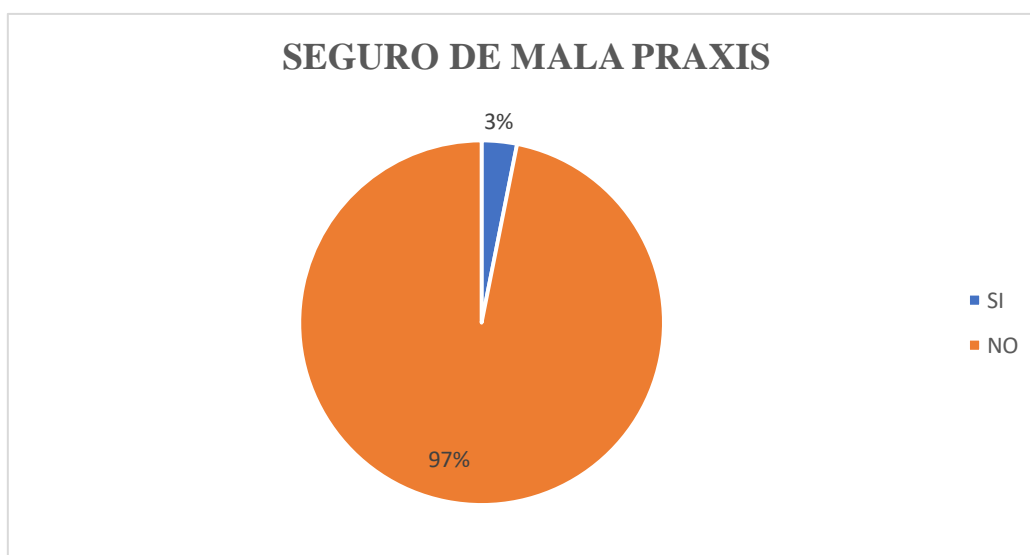
En cuanto a antecedentes de demandas Médico-legales se encontró que 91% (29 médicos) no han tenido nunca una demanda y solo el 9% (3 médicos) ha tenido una demanda médico legal.

Tabla 3

Médicos en hospital general Santo Domingo que cuentan con seguro de mala praxis en la actualidad.

SEGURO DE MALA PRAXIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	3,13%
No	31	96,88%
TOTAL	32	100,00%

Gráfico 3



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

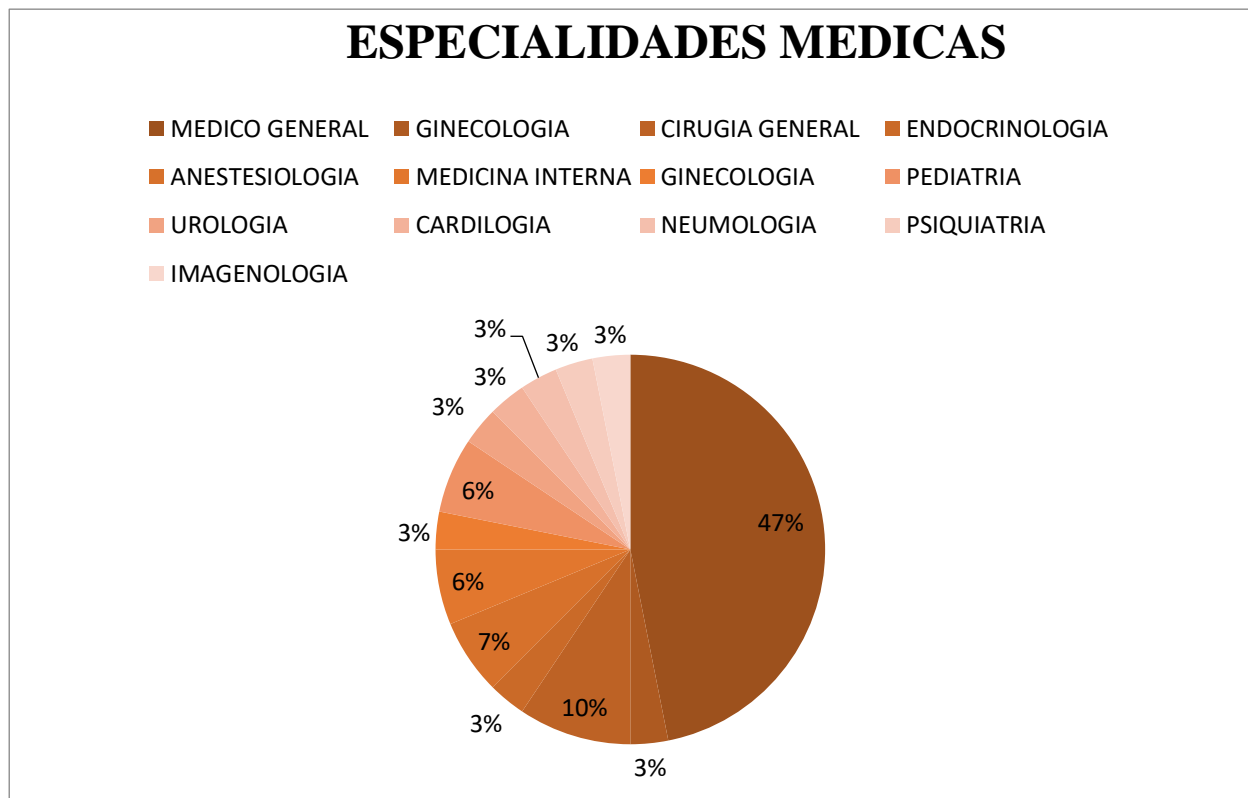
Del total de la población el 97% (31 médicos) no cuentan con seguro de Mala praxis médica y solo el 3% (1 médico) si cuenta con seguro de mala praxis al momento, en el Hospital General Santo Domingo.

Tabla 4

Distribución de médicos en el hospital general Santo Domingo según la especialidad.

ESPECIALIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MÉDICOS GENERALES	15	46,88%
CIRUGÍA GENERAL	3	9,38%
ENDOCRINOLOGÍA	1	3,13%
ANESTESIOLOGÍA	2	6,25%
MEDICINA INTERNA	2	6,25%
GINECOLOGÍA	2	6,25%
PEDIATRÍA	2	6,25%
UROLOGÍA	1	3,13%
CARDIOLOGÍA	1	3,13%
NEUMOLOGÍA	1	3,13%
PSIQUIATRÍA	1	3,13%
IMAGENOLOGÍA	1	3,13%
TOTAL	32	100,00%

Gráfico 4



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

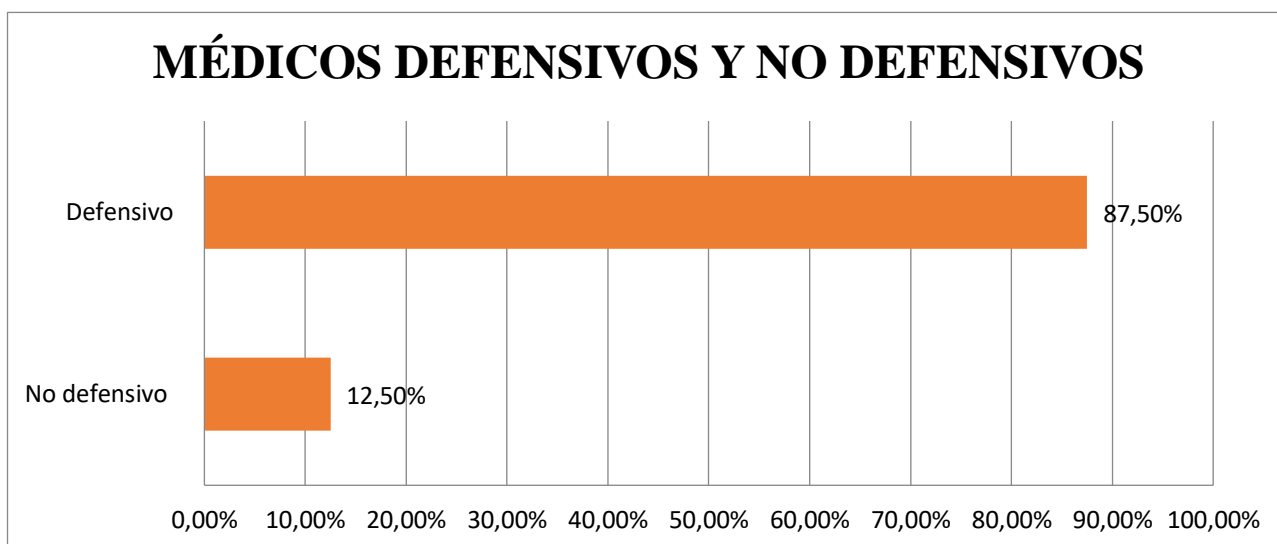
Al analizar el nivel de instrucción se obtuvo que 53% de los médicos tienen una especialidad y 47% de porcentaje corresponde a Médicos Generales del Hospital General Santo Domingo.

Tabla 5

Médicos defensivos y no defensivos.

MÉDICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Defensivos	4	12,50%
No Defensivos	28	87,50%
TOTAL	32	100,00%

Gráfico 5



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al analizar la presencia de percepción de práctica de Medicina defensiva, se detectó que 28 médicos (87.50%) de los 32 encuestados presentan algún grado de práctica de medicina defensiva y 4 médicos (12.50%) no tuvieron alguna respuesta positiva que indicara medicina defensiva.

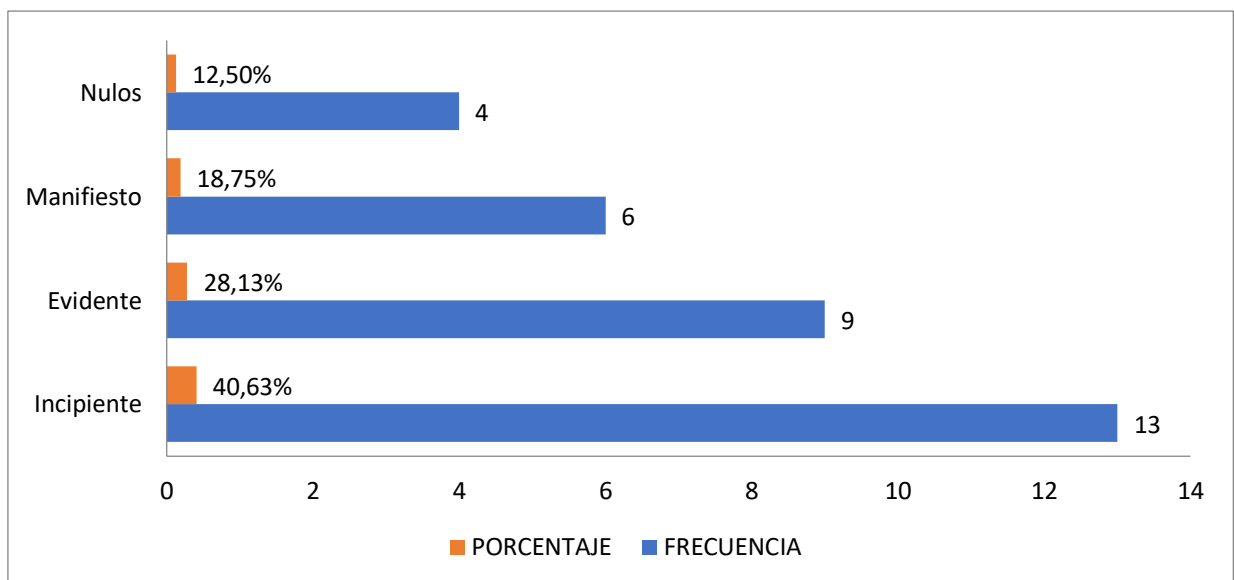
Este resultado resultó ser compatible con el estudio mostrado en Ortega en el 2009 , ya que se encuentra un porcentaje superior al 70% de los médicos que indicaron practicar algún grado de medicina defensiva, lo cual permite deducir que la medicina defensiva es un problema que está latente y se sostenida (Ortega y otros, 2009, p.7).

Tabla 6

Grado de práctica de medicina defensiva clasificación.

GRADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incipiente	13	40,63%
Evidente	9	28,13%
Manifiesto	6	18,75%
Nulos	4	12,50%
TOTAL	32	100,00%

Gráfico 6



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto al grado de Medicina defensiva, se detectó que 13 médicos (46.4%) practica Medicina defensiva incipiente siendo esta la preponderante, 9 médicos (32.1%) practica Medicina defensiva evidente y solo 6 médicos (21,4%) practican Medicina defensiva manifiesta; mientras que del total de la población estudiada 4 médicos (12.5%) no tienen ningún grado de medicina defensiva.

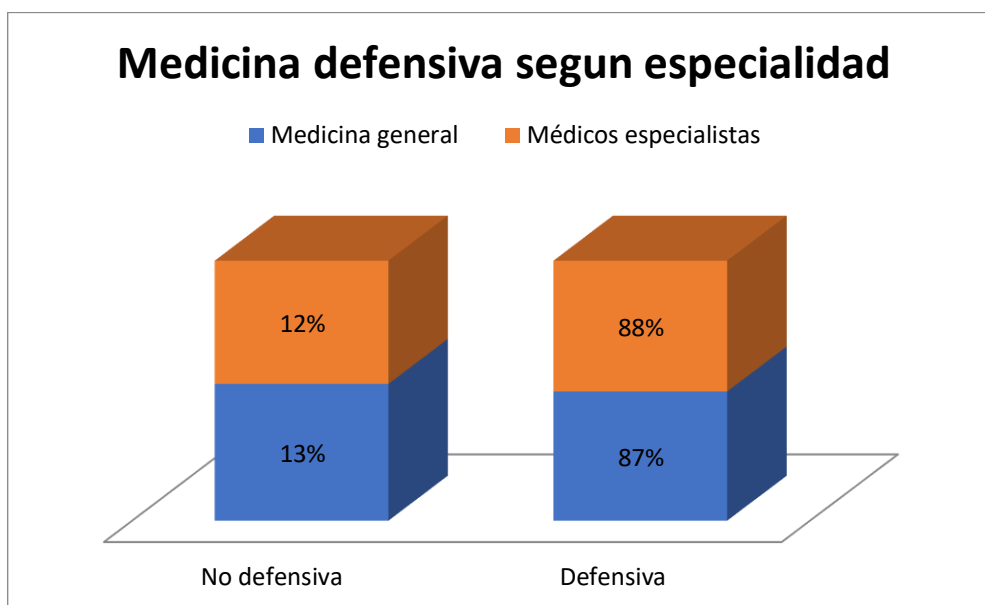
Al analizar qué grado de Medicina Defensiva prevalece en el hospital según los encuestados se encontró que el 46% de la población practica medicina defensiva incipiente en comparación con el estudio de Ortega en donde se encontró que 40,7% de los médicos practica medicina defensiva evidente, afortunadamente ambos estudios coinciden en que las cifras más bajas de práctica de Medicina Defensiva es la manifiesta (Ortega y otros, 2009, p.7).

Tabla 7

Medicina Defensiva según la instrucción formal

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médicos Generales defensivos	13	87%
Médicos Generales no defensivos	2	13%
TOTAL	15	100,00%
Médicos especialistas defensivos	15	88%
Médicos especialistas no defensivo	2	12%
TOTAL	17	100,00%

Gráfico 7



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

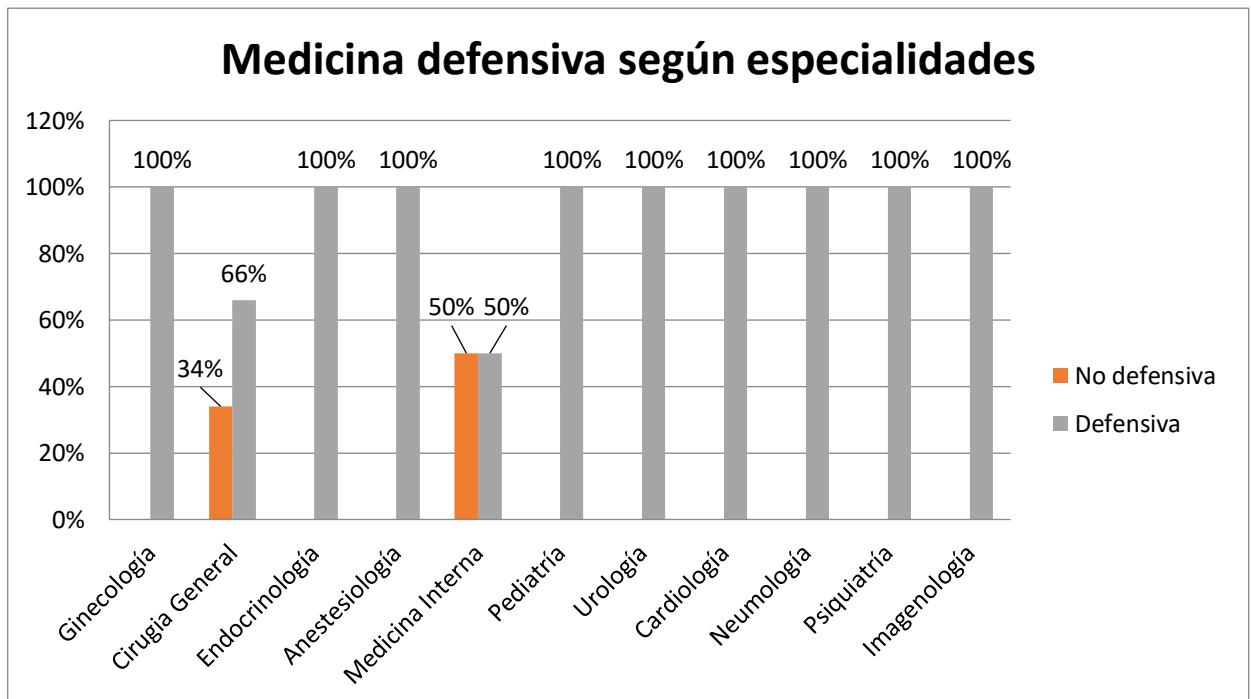
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto a la instrucción formal según médicos generales y médicos especialistas se interpreta de la siguiente manera: 2 médicos generales el (13%) no presenta medicina defensiva, mientras que 13 médicos generales el (87%) presenta algún grado de medicina defensiva. En cuanto a los especialistas 2 médicos especialistas correspondientes al 12% no presentan medicina defensiva, mientras que 15 especialistas correspondientes al 88% de médicos especialistas presentan algún grado de medicina defensiva.

Al correlacionar el grado de instrucción formal con la práctica de la medicina defensiva se encontró que 87% de los médicos generales y 88% de los médicos especialistas practican medicina defensiva, lo cual indica que no hay variación respecto a su grado de instrucción. Se trató de correlacionar el grado académico del presente estudio con el de Ortega(2009) y se encontró que el resultado difiere en cuanto a que los que practican más la medicina defensiva son los médicos generales con un 81% ; en relación al 65% de los médicos especialistas que practican medicina defensiva es decir, se practica mayormente medicina defensiva en los médicos generales del estudio de Ortega, 2009 y del Hospital Santo Domingo es proporcional entre los médicos generales y especialistas (Ortega y otros 2009, p.7).

Tabla 8*Prevalencia de Medicina Defensiva por especialidades*

ESPECIALIDADES	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	No defensivos	Defensivos	No defensivos	Defensivos
Ginecología		2	0	100%
Cirugía General	1	2	34%	66%
Endocrinología		1	0	100%
Anestesiología		2	0	100%
Medicina Interna	1	1	50%	50%
Pediatría		2	0	100%
Urología		1	0	100%
Cardiología		1	0	100%
Neumología		1	0	100%
Psiquiatría		1	0	100%
Imagenología		1	0	100%
TOTAL	2	15		

Gráfico 8

Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Dentro de la prevalencia de Medicina Defensiva por especialidades tenemos que las especialidades que tuvieron una menor prevalencia de medicina defensiva fue cirugía general con un 34% y medicina interna con un 50%, el resto de especialidades tuvieron algún grado de medicina defensiva en un 100% de todos los médicos especialistas.

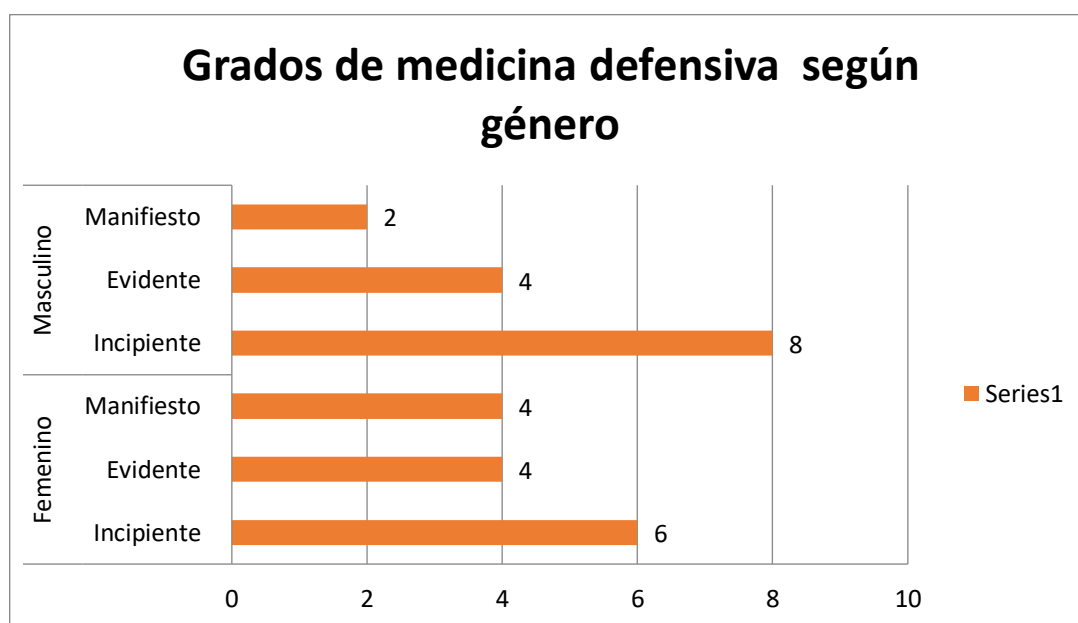
Al realizar el análisis comparativo del presente estudio con el de Franco (2018) se encontró que entre las especialidades con menor prevalencia de medicina defensiva está medicina interna , seguida de cuidados críticos y otorrinolaringología ; mientras que las más prevalentes son Emergencia y Traumatología (Franco y otros, 2018, p.29): En el estudio del Hospital Santo Domingo prevalecen : Emergencia, Ginecología, Endocrinología, Anestesiología, Pediatría, Urología, Cardiología, Neumología, Psiquiatría, e Imagenología.

Tabla 9

Grados de medicina defensiva según género.

GRADOS DE MEDICINA DEFENSIVA	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Incipiente	8	6	57%	43%
Evidente	4	4	29%	28,5%
Manifiesto	2	4	14%	28,5%
Total	14	14	100%	100%

Gráfico 9



Fuente: Encuestas aplicadas a Médicos del Hospital General Santo Domingo de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador 2018-2019.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto al grado de Medicina defensiva según el género se detectó que un 43% de los participantes de género femenino tienen un grado incipiente de medicina defensiva, un 28,50 % poseen un grado de medicina evidente, un 28,50 tienen un grado manifiesto de medicina defensiva.

En lo que respecta al género masculino 57% de los participantes tienen un grado incipiente de medicina defensiva, un 29 % poseen un grado de medicina evidente, un 14% tienen un grado manifiesto de medicina defensiva.

El análisis comparativo indica que en el estudio de Franco (2018) ambos géneros practican medicina defensiva pero en los varones demostraron ser más defensivos (evidente) (Franco y otros, 2018, p.29); en comparación con las mujeres que es de grado incipiente; mientras que en el Hospital Santo Domingo ambos géneros practican medicina defensiva incipiente.

Tabla 10*Porcentaje de conductas defensivas adoptadas por los médicos entrevistados*

Preguntas realizadas a los participantes	SI		NO	
	n	%	n	%
1. Utilizo mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones.	27	84	5	16
2. Frecuentemente siento temor a ser demandado	17	53	15	47
3. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos.	21	66	11	34
4. Evito emplear procedimientos de alto riesgo.	26	81	6	19
5. Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos	20	63	12	37
6. Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo.	11	34	21	66
7. Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia.	19	59	13	41
8. Evito atender pacientes con situaciones de urgencia.	0	0	32	100
9. Al tomar las decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible.	12	37	20	63
10. He modificado mi práctica para evitar ser demandado	12	37	20	63
11. Evito atender pacientes graves o complicados.	2	6	30	94
12. Documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente.	31	97	1	3
13. Proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas.	30	94	2	6
14. En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones.	31	97	1	3
15. Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes.	16	50	16	50
16. Me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes.	32	100	0	0
17. Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención.	12	37	20	63

El análisis de las conductas defensivas indica que las más adoptadas fueron las de documentar el expediente la mayor parte de atención al paciente 97% (31), seguido de, durante la atención de los pacientes, tratar de evitarles complicaciones 97% (31) y la de proporcionar al paciente la mayor información posible para evitar problemas 94% (30).

Las conductas defensivas menos adoptadas fueron evitar atender pacientes en situaciones de urgencia 0%(0) y evitar atender pacientes graves y complicados 11% (2).

En relación con el estudio de Franco (2018) las conductas defensivas más adoptadas fueron las de evitar complicaciones en la atención del paciente: 96,4% y proporcionar al paciente la mayor información posible para evitar problemas: 95,9%. Mientras que, las conductas

defensivas menos adoptadas fueron la prescripción innecesaria de medicamentos: 0,9% y evitar atender pacientes en situaciones de urgencias: 0,9%. (Franco y otros, 2018, p.32).

En este análisis de conductas defensivas se observa que la mayoría de médicos en ambos estudios trata de documentar la mayor información sobre la atención del paciente así como de brindar la información necesaria al paciente y la de evitar complicaciones, probablemente con norma y medidas de seguridad y entre las menos defensivas están las de evitar la atención en pacientes en situaciones de urgencia.

7. CONCLUSIONES

- Es importante reformular las formas de comunicación en la relación clínica médico-paciente hacia nuevas modalidades como la comunicación asertiva en la que se supone reconocer no solo los derechos de todos los involucrados sino también las asimetrías diversas entre los actores, pues solo en este marco de respeto y ejercicio de los derechos, se podrá realizar el principio de autonomía, bajo el cual el paciente asume la toma de decisiones de acuerdo a sus propios intereses y valores, lastimosamente hoy en día los nuevos modelos educativos han privilegiado la difusión de los avances tecnológicos y administrativos sobre valores, el humanismo, la cultura, el manejo de las emociones y la comunicación por eso es importante modelar la conducta desde la casa nuestra primera escuela.
- Sostener una práctica médica guiada por el conocimiento básico de *lex artis ad hoc*, leyes, normas, protocolos entre otros, permitirá reducir los márgenes del error médico; pues el conocimiento científico actualizado es una de los mejores elementos disponibles para evitar la medicina defensiva tomando en cuenta que el estado actual de avance y transformación de la práctica médica, exige necesariamente un desarrollo profesional médico continuo.
- El propósito de este estudio es hacer consciencia de los aspectos negativos que genera la práctica de la medicina defensiva y de las alternativas que tiene el médico actualmente para ejercer su profesión de manera segura y apegada a las normas legales; por lo que debe establecerse políticas específicas para disminuir la Medicina Defensiva de esa manera, contribuir a disminuir los gastos económicos de las institucionales, de los pacientes y del propio médico en los países que son mayoritariamente afectados, ya que los efectos adversos de la medicina defensiva no solo afectan al costo de la asistencia sanitaria sino a la calidad general del sistema de salud.
- Hoy en día la calidad de la atención médica se ve condicionada por varios factores que van desde los requerimientos administrativos institucionales, escasez de recursos, de insumos, de personal; aspectos de mantenimiento inadecuado, el diferimiento en la atención, las políticas institucionales con sobre cargas de trabajo, la falta de elaboración de indicadores reales, limitación en la prescripción por cuadros básicos sumada a la presión por el usuario que exige atención y resultados

inmediatos con tolerancia cero al error inherente a cualquier actividad humana, son algunas de las causas de conflictos y deterioro en la atención médica brindada pues esto afecta notablemente la relación médico-paciente e incrementa la inconformidad, la insatisfacción y el número de quejas y demandas médicas; por lo que el clima laboral en estas instituciones favorece el ejercicio de la medicina defensiva.

- Respecto al análisis del estudio aplicado a los médicos del Hospital Santo Domingo concluye lo siguiente :

- El Hospital General Santo Domingo es un hospital básico y público, considerado de segundo nivel de atención; sin embargo se atienden todo tipo de patologías en diferentes grados de severidad para posteriormente derivar las que no tienen capacidad resolutoria, por lo que la población de Médicos Especialistas y Generales es limitada y vale aclarar que estos últimos ejercen la función de Residentes.

- Tomando en consideración la existencia de antecedentes de demandas legales en los médicos del hospital Santo Domingo se observa que más del 90% no ha tenido antecedentes de demandas médicas y solo el 3% si; lo cual es concomitante con el 90% de los médicos del Hospital Santo Domingo no cuentan con seguro de mala praxis médica.

- El grado de instrucción entre los Médicos Generales y Especialistas no marca diferencia alguna en la práctica de la medicina defensiva en el Hospital Santo Domingo ya que la prevalencia es muy semejante.

- Respecto a la prevalencia de Medicina Defensiva por especialidades tenemos que las especialidades que tuvieron una menor prevalencia de medicina defensiva fue cirugía general y medicina interna, el resto de especialidades tuvieron algún grado de medicina defensiva en un 100% de todos los médicos especialistas: sin embargo esta diferencia no es extrapolable dada que la muestra es pequeña, por lo que tocaría realizar estudios comparativos con centros poblacionales más grandes.

- En cuanto al grado de Medicina defensiva las mujeres practican medicina defensiva incipiente y los varones Medicina defensiva evidente, pero este tampoco es un valor estadísticamente significativo.

- Respecto al análisis de las conductas defensivas; la más adoptada fue documentar la atención al paciente y en menor medida evitar atender pacientes en situaciones de urgencia y graves y complicados; lo cual indica que si se tiene conciencia de la gravedad de cada caso y que a pesar de que se practica medicina defensiva en el Hospital Santo Domingo aún está en un grado incipiente, es decir probablemente la industria del litigio o los ambientes que promueven la mala praxis médica no contaminan niveles importantes con la práctica de Medicina Defensiva.

- Finalmente cabe concluir que los esfuerzos para combatir la Medicina Defensiva, deben concentrarse en educar pacientes y médicos en relación con la adecuada atención, tomando en cuenta la vulnerabilidad de ambos grupos., por lo que vale la pena nombrar un comentario del Dr. Jaime Lozano Alcázar: “Debe el médico ser sabiamente selectivo para incorporar los conocimientos de verdadera utilidad en su entorno sin hacerse rehén de la tecnología puesta de moda por políticas meramente mercantilistas o imitaciones extranjerizantes, incongruentes por correr peligro de que su práctica se deshumanice al orientarla preferentemente a amortizar la inversión y pagar el mantenimiento, conducta que es el agente causal de la medicina defensiva”(Guzmán y otros, 2011, p.154).

8. BIBLIOGRAFÍA

Arymani, J. (2007). Medicina Defensiva: Un poderoso Boomerang. Barcelona: Comentario.

Recuperado de: <http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM12.pdf>.

Dávila, A. (2018). Medicina defensiva. ¿Evitable?. *Cirujano General*, 40 (1), 54-60.

Recuperado de : <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg181j.pdf>

Franco, M., Amado, Denis., Morel, Z., Solalinde, Ferreira, M.,y Díaz, C.(2018).Medicina defensiva en Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Revista virtual Sociedad de Paraguay de Medicina. Interna*, 5 (1), 25-35.Recuperado de :Doi:10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05(01)25-035.

Fuente, A., y Ríos, A. (2018).El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. *Cirugía Plástica Iberoamericana*, 44 (2), 123-130. Recuperado de : <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922018000200002>

García, M. C. (s.f.) La Responsabilidad Civil del Médico en el Ecuador. Recuperado de http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_responsabilidad_civil.pdf.

Guzmán, J., Shalkow, J., Palacios, J., Zelonka, R.,y Zurita, R. (2011).¿Medicina defensiva o medicina asertiva?. *Medigraphic*,33 (2). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112k.pdf>

Lema, A. (2015). Responsabilidad Profesional Sanitaria en el Ecuador y sus complicaciones legales. En III Congreso Científico Internacional Uniandes , Riobamba, Ecuador. Recuperado de : <https://www.uniandes.edu.ec/web/wp-content/uploads/2016/04/Responsabilidad-profesional-sanitaria-en-Ecuador-y-sus-complicaciones-.pdf>

López, Y. (2017). Una visión crítica al tratamiento jurídico penal dado a la mala práctica médica en Ecuador. *Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*,4(1),70-89. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/506918>

Maglio, I. (2011). Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente. *Revista Bioética*, 19 (2), 359-365 . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533256005.pdf>

- Mira, J., Carrillo, I., y Sobrina, I. (2018). Medicina defensiva en Atención Primaria. Anuario Sistema Sanitario Navarra, 41 (2). Recuperado de: <http://doi.org/10.23938/ASSN.0296>.
- Ortega, M., Méndez, J., y López, F. (2009). Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. Conamed, 14. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3628057>.
- Perín, A. (2018). La redefinición de la culpa (imprudencia) penal médica ante el fenómeno de la medicina defensiva. Bases desde una perspectiva comparada. *Política criminal*, 13(26), 858-903. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/politcrim/v13n26/0718-3399-politcrim-13-26-00858.pdf>.
- Revuelta, A. (2006). El riesgo de judicialización de la medicina. *Educación Médica*, 9 (1) Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9s1/14.pdf>
- Ríos, A., y Fuente, A. (2016). Medicina Legal una necesidad imperativa en México y Estados Unidos de América. *Perfiles de las Ciencias Sociales*, 3(6), 100-130. Recuperado de: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/perfiles/article/view/1409/1215>
- Robalino, D, A. (2015). Análisis del vacío legal respecto a la Construcción típica de la Mala práctica médica en el Ecuador: La Inobservancia de la Lex Artis. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9677>
- Robles, F., Peña, D., Díaz, E., y Robles, R. (2014). ¿Despenalizar los actos médicos? Una primera aproximación a partir de una perspectiva dual: Medicina y Derecho. *Ginecología y Obstetricia México*, 82, 828-838. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom1412g.pdf>.
- Rodríguez Almada, Hugo. (2006). De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Revista Médica del Uruguay*, 22(3) ,167-168. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300001&lng=es&tIng=es.

Sacristán, J. A. (2013). Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Revista Clínica Española Elsevier*, 213, 460-464. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001425651300221X>

Sánchez, J., Tena, C., Campos, E., Hernández, L., y Rivera, A. (2005). Medicina Defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Medigraphic.com*, 73(3). Recuperado de : <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc053h.pdf>

Studdert, D., Mello, M., Sage, W., DesRoches, C., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. (2005). Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment [Medicina defensiva entre médicos especialistas de alto riesgo en un entorno de negligencia volátil] .*Jama*, 293(21). Recuperado de :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15928282>.

Tena, C. y Sánchez, J. (2005). Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom0510g.pdf>.

Páginas Electrónicas:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Hospital General Santo Domingo. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-santo-domingo>.

9. ANEXOS

1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLES						
	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA	PROCEDIMIENTO	FUENTE DE INFORMACION
Determinar el grado de percepción de práctica de Medicina Defensiva ejercida por personal médico del Hospital General Santo Domingo durante el año 2019.	Medicina Defensiva Conjunto de conductas desarrolladas por los médicos para evitar las demandas por mala praxis.	Percepción del personal médico sobre la práctica de la Medicina Defensiva.	Grado de práctica de Medicina Defensiva: -Incipiente -Evidente -Manifiesta	Cualitativa	Nominal	Aplicación de encuesta sobre Medicina Defensiva.	Primaria
Identificar que especialidades médicas practican más la Medicina defensiva.	Especialidades Médicas: Estudios de posgrado de un médico que derivan de un conjunto de conocimientos	Especialidades Médicas donde más se practica la medicina defensiva.	Numero de práctica manifiesta de Medicina Defensiva por especialidades del Hospital	Cuantitativa Discreta	Nominal	Aplicación de encuesta sobre Medicina Defensiva.	Primaria

	médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.		General Santo Domingo				
Categorizar la prevalencia de medicina defensiva según factores socio demográfico.	Aspectos demográficos, socioeconómicos y culturales de los usuarios: se define como aquellas características particulares que definen a una comunidad	Aspectos demográficos refiere a la conformación por edad y sexo de la población en estudio	Edad	Cuantitativa Discreta	Ordinal	Se procederá a aplicar una encuesta social al personal Médico que labora en el Hospital General Santo Domingo y se volcará en un base de datos	Primaria
			Sexo	Cualitativa	Nominal		Primaria
		Aspectos socioeconómicos refiere a nivel de	Ocupación actual	Cualitativa	Nominal		Primaria

		escolaridad completado y al poder adquisitivo del usuario					
			Nivel de escolaridad	Cualitativa	Ordinal		Primaria
		Aspectos culturales refiere al lugar de procedencia	Procedencia	Cualitativa	Nominal		Primaria

2: ENCUESTA SOBRE MEDICINA DEFENSIVA

<p>DATOS DEMOGRÁFICOS:</p> <p>SEXO: M.....F..... EDAD:..... ESPECIALIDAD:.....</p> <p>ANTIGUEDAD/AÑOS QUE CULMINÓ SU ESPECIALIDAD:</p> <p>¿HA SIDO DEMANDADO ALGUNA VEZ POR MALA PRAXIS MEDICA? SI..... NO.....</p> <p>¿CUENTA CON UN SEGURO DE MALA PRAXIS? SI..... NO.....</p>

Por favor conteste SI o No a los siguientes enunciados con toda la sinceridad del caso, el objetivo de esta encuesta es conocer los efectos de la judicialización de la medicina.			
Dadas las tendencias actuales de la práctica de la medicina, en mi ejercicio profesional:		SI	NO
1	Utilizo mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones.		
2	Frecuentemente siento temor a ser demandado		
3	Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos.		
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	Me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes.		
17	Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención.		

Mil gracias por su colaboración, sus datos son confidenciales.

3: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dirigido a: Médicos

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación “**Medicina Defensiva desde la percepción de los Médicos del Hospital Santo Domingo de los Tsáchilas, 2019**” presentado a la Fundación Universidad Barceló, y conducido por la Dra. Carolina Guma, perteneciente a la Fundación Universidad Barceló.

Dicho Proyecto tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de medicina Defensiva ejercida en la práctica del ejercicio profesional del personal médico en el Hospital General Santo Domingo durante el año 2018-2019, según su autopercepción. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

Al colaborar usted con esta investigación, deberá contestar un cuestionario de 17 ítems, lo cual se realizará mediante la aplicación de una encuesta anónima. Dicha actividad durará aproximadamente 15 minutos será realizada por una sola ocasión, en el auditorio del Hospital general Santo Domingo, durante la jornada laboral.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación que se obtendrá de su participación son básicamente aportes que permitirá analizar factores que influyen en las denuncias de mala praxis del país, además, su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para usted, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la **salud e integridad física y psíquica** de quienes participen del estudio.

Todos los datos que se recojan serán estrictamente **anónimos y de carácter privados**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación y se tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

El investigador Responsable del proyecto y la Universidad Barceló asegura la **total cobertura de costos** del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución de este. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria**, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Ya que la investigación ha sido autorizada por el Comité de Bioética de la Fundación Universidad Barceló, si usted considera que se han vulnerado sus derechos, le pedimos se comunique con uno de los miembros de dicho comité.

Desde ya agradecemos su participación.

.....
NOMBRE

Mayra Gómez

Médico

CI: 1718798372

4: CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS PARTICIPANTES

Fecha_____

Yo_____, médico(a) del Hospital General Santo Domingo, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **“Medicina Defensiva desde la percepción de los Médicos del Hospital General Santo Domingo, período 2018- 2019”**, conducida por la alumna: Mayra Andrea Gómez Banegas, investigadora de la Universidad Barceló.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Dra. Carolina Guma de la Universidad Barceló Telef: (011) 48000200.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me puede ser entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto al correo electrónico pitu2410@hotmail.com, o al teléfono: 0989233659.

Firma del
participante:_____