



Revista Bioética
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Vale, Homaile Mascarin do; Miyazaki, Maria Cristina de Oliveira Santos
Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem?
Revista Bioética, vol. 27, núm. 4, 2019, Octubre-Diciembre, pp. 747-755
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274358>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570649019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UABM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INVESTIGACIÓN

Medicina defensiva: ¿una práctica en defensa de quién?

Homaiê Mascarin do Vale¹, Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki¹

1. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, Laboratório de Psicologia e Saúde, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Resumen

Los casos de litigio contra médicos han aumentado en Brasil: ya son tres nuevas acciones por hora, como consecuencia de un supuesto error médico. Este estudio tuvo como objetivo analizar si el médico procesado y el profesional que conoce a otro colega de profesión que pasó por tal situación modifican su conducta clínica ante el temor de figurar como reo en una acción indemnizatoria por error médico. Se aplicó un cuestionario a 104 médicos de 28 especialidades, siendo 53 mujeres (51%) y 51 hombres (49%). Se analizó la relación entre variables como estado civil, tiempo promedio de egreso, vínculos laborales, entre otras, y la práctica cotidiana de la medicina defensiva. El estudio procura promover el debate sobre la alteración de la conducta clínica por interés del médico en no ser procesado, desvinculando su práctica y la hipótesis diagnóstica del paciente.

Palabras clave: Medicina defensiva. Errores médicos. Mala praxis-Imprudencia.

Resumo

Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem?

Casos de litígio contra médicos têm aumentado no Brasil: já são três novas ações por hora em decorrência de suposto erro médico. Este estudo objetivou analisar se o médico processado e o profissional que conhece outro colega de profissão que também passou por tal situação alteram a conduta clínica com receio de figurar como réu em ação indenizatória por erro médico. Foi aplicado questionário a 104 médicos de 28 especialidades, 53 mulheres (51%) e 51 homens (49%). Analisou-se a relação entre variáveis como estado civil, tempo médio de formado, vínculos empregatícios, entre outras, e a prática cotidiana da medicina defensiva. O estudo busca promover o debate sobre a alteração da conduta clínica por interesse do médico em não ser processado, desvinculando sua prática e a hipótese diagnóstica do paciente.

Palavras-chave: Medicina defensiva. Erros médicos. Imperícia-Imprudência.

Abstract

Defensive medicine: a practice in whose defense?

Cases of litigation against physicians have been growing in Brazil: there are currently three new lawsuits filed per hour related to alleged medical error. The purpose of this study was to analyze if both the physician who is sued and the physician who knows another physician who has been sued change their clinical behavior due to the fear of appearing as a defendant in a lawsuit seeking compensation for medical error. In all, 104 questionnaires were answered by physicians of 28 different specialties, 53 (51%) being women and 51 (49%) being men. The relationship between variables such as marital status, the average time since graduation, employment links, among others, and the daily practice of defensive medicine. The study aims to promote the debate about the change in clinical behavior due to the physician's interest in not being sued by removing the link between their conduct and the patient's diagnostic hypothesis.

Keywords: Defensive medicine. Medical errors. Malpractice-Imprudence.

La medicina defensiva se originó en la década de 1970 y se caracteriza por el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar litigios por mala praxis de la medicina¹. Significa decir que, en un primer momento, tomando en consideración el armazón documental (exámenes de laboratorio, diagnósticos y/o exámenes de imagen), los médicos no asumen el tratamiento del paciente para reducir el riesgo de litigio por supuesta mala praxis profesional.

Se trata de una realidad corroborada por diversos estudios, en su mayoría extranjeros, como el de Dove y colaboradores² que estudiaron a 824 médicos, de los cuales el 93% confirmaron esta práctica. Dado el aumento de procesos contra médicos, incluso en Brasil³, la medicina defensiva es usada como estrategia por los profesionales de salud, principalmente médicos, para evitar la aparición de procesos judiciales y reducir el riesgo de indemnización de las posibles víctimas.

La ministra del Superior Tribunal de Justicia, Nancy Andrighi, consideró, en el Recurso Especial 908.359/2008, que la relación médico-paciente vive su peor momento:

Hace no mucho tiempo, la medicina era prácticamente un arte, el arte de curar. Los médicos de familia acompañaban a los individuos de por vida y también a sus descendientes. Consiguiendo diagnosticar una enfermedad tocando el cuerpo del paciente, considerando el historial de la persona, sus tendencias y propensiones. Se curaba valorando al individuo. Sin embargo, esa realidad cedió lugar a la medicina empresarial, en la que la atención personal es sustituida por la atención en masa, impersonal. Desde este costado encuadrado en el juicio del error médico se desprende el entendimiento del poder judicial sobre la medicina, donde la relación médico-paciente se ve desplazada por el lucro⁴.

El desarrollo tecnológico en medicina ha relegado a un segundo plano la singularidad del paciente (emociones, creencias y valores). En la misma línea, la formación médica se tornó cada vez más especializada, y las condiciones de trabajo también han cambiado, restringiendo el contacto del médico con el paciente y demandando una formación más amplia⁵. En este contexto, el estudio tuvo como objetivo analizar la perspectiva de los médicos sobre posibles procesos por mala praxis profesional, así como para verificar si utilizan la medicina defensiva en su cotidianidad y qué variables contribuyen a eso.

Método

Se trata de una investigación de campo transversal, exploratoria y descriptiva, con estadísticas derivadas de una muestra de conveniencia. El universo investigado contempla médicos de diferentes especialidades oriundos de São José do Rio Preto y la región (São Paulo, Brasil). Entre noviembre de 2017 y abril de 2018, los participantes respondieron un cuestionario tipo *survey*, en el que incluyeron datos específicos de su vida médica. Las variables remiten al conocimiento del término “medicina defensiva” y a su uso en la práctica clínica, considerando si el médico ya ha sido procesado por errores, si conoce algún colega que haya pasado por tal situación y si esto influye en su conducta clínica.

Los datos se organizaron en el *software* Microsoft Excel. Para el análisis estadístico se utilizaron las siguientes métricas: media, test de normalidad de Shapiro-Wilk y test de Kruskal-Wallis. Para las muestras con datos cualitativos se recurrió a la estadística inferencial, por medio del test de chi-cuadrado de partición, el test exacto de Fisher y Mann-Whitney. Cabe destacar que la investigación cumple con los principios éticos y legales relacionados con el tema.

Resultados

El cuestionario se aplicó a 104 médicos de 28 especialidades, 53 mujeres (51%) y 51 hombres (49%). La media de edad de la población estudiada fue de 35.7 ± 12.1 años, variando entre 23 y 71 años. Con respecto al estado civil, 57 (55%) médicos eran solteros, 39 (37%) casados, 6 (6%) divorciados y sólo 2 (2%) declararon unión estable. 74 encuestados no tenían hijos (71%). Del total de participantes, 30 tenían hijos con una media de edad de 16.14 ± 11.45 años, siendo: 11 médicos (11%) con un hijo; 13 (13%) con dos; 4 (4%) con tres; y sólo 2 (2%) con cuatro hijos.

El tiempo promedio de graduación fue de 10.72 ± 12.22 años, y la especialidad predominante fue la clínica médica, con 31 (30%) representantes, seguidos por 7 (7%) infectólogos, 5 (5%) dermatólogos y otros 5 (5%) gastroenterólogos. Dividiendo las especialidades en cuatro grupos (clínica, quirúrgica, procedimientos y grupo especial, con especialidades que pueden funcionar en el área clínica y/o quirúrgica), se constata que 67 (64,42%) eran del grupo clínico, 14 (13, 46%) del quirúrgico, 11 (10,58%) del especial y 12 (11,54%) del grupo que realiza procedimientos.

De los 104 encuestados, 94 (90%) trabajan en un hospital; 38 (36%) atienden en clínicas privadas; 29 (28%) trabajan en instituciones educativas; y 27 (26%) poseen un empleo municipal, estadual o federal. Entre las otras áreas de trabajo, 3 (3%) se desempeñan en Unidades de Emergencia, 3 (3%) en el Servicio de Atención Móvil de Emergencia; 2 (2%) en Unidades Básicas de Salud de la Familia y 1 (1%) en el Ambulatorio Médico de Especialidades. Los porcentajes no suman 100% debido al ejercicio simultáneo de diversos vínculos laborales.

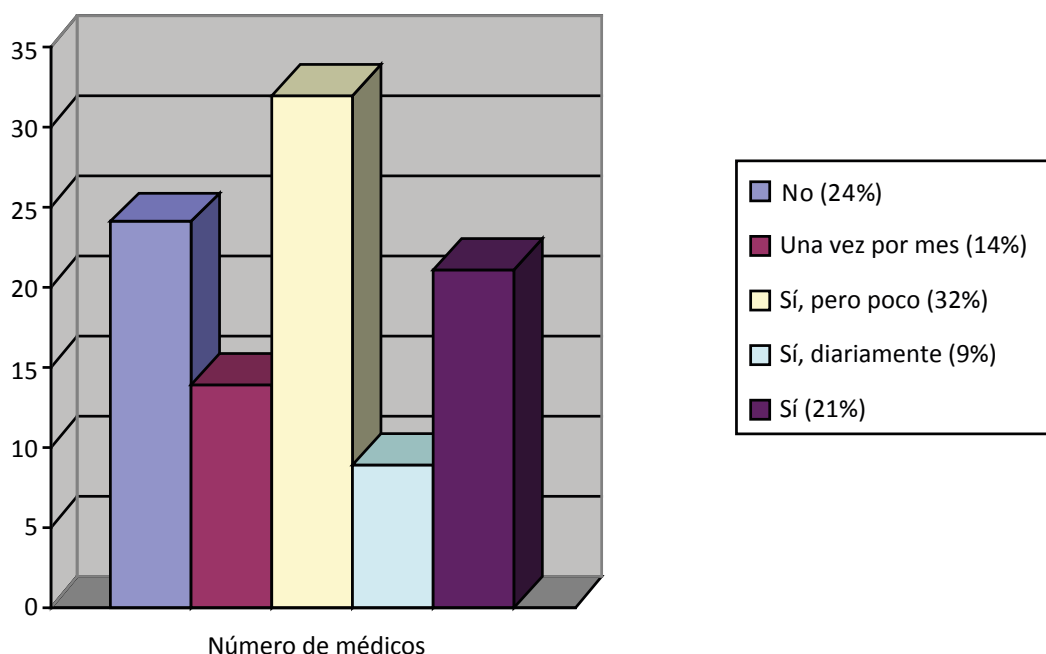
La media de horas semanales trabajadas fue de 57.58 ± 17.7 , y 78 (75%) profesionales confirmaron realizar guardias. En la distribución semanal, 17 (21.79%) médicos informaron que hacen un turno; 34 (43.59%) hacen dos; 13 (16.67%) hacen tres; y 14 (17.95%) hacen cuatro turnos o más. En cuanto

al horario, 50 (64.10%) participantes hacen guardias nocturnas y diurnas; 21 (26.92%) hacen sólo turnos nocturnos; y 7 (8.97%), sólo diurnos. Solamente 1 médico de la muestra trabaja en un único lugar.

Perfil de médicos que practican medicina defensiva

Del total de participantes del estudio, sólo 48 (46%) conocían el concepto de “medicina defensiva”, y 12 (25%) de estos no lo practicaron en el último año. Por otro lado, de los 56 (54%) que no conocían el término, 42 (75%) practicaban, aun así, la medicina defensiva. Se observa que la mayor parte de los médicos recurren a esta práctica con poca frecuencia, como muestra la Figura 1. Uno de los participantes no respondió a esta pregunta.

Figura 1. Frecuencia en que los médicos practicaron medicina defensiva en el último año



A partir de este contexto, los investigadores analizaron el perfil de los profesionales que practican la medicina defensiva, independientemente de conocer o no el término. La Tabla 1 presenta las características de los médicos que respondieron a esta pregunta. La única categoría que señaló una diferencia estadísticamente significativa fue el estado civil; los médicos que estaban casados o en unión estable respondieron “sí” o “no”, mientras que los solteros eligieron predominantemente alternativas intermedias.

A pesar de no indicar una diferencia estadísticamente significativa, algunas categorías merecen destacarse. Los médicos que negaron practicar este tipo de medicina tenían una edad promedio un tanto superior a aquellos que la utilizan. Además, gran parte de los profesionales con hijos respondieron que no practicaban o ejercían raramente la medicina defensiva. También llama la atención la respuesta de los médicos de guardia, que estaban más involucrados en la medicina defensiva que aquellos que no realizan guardias.

Tres pruebas estadísticas inferenciales se utilizaron en este estudio. La primera fue el test de normalidad de Shapiro-Wilk, con el objetivo de verificar la distribución de las muestras cuantitativas y definir cuál sería la prueba más segura para el análisis.

Como las muestras tuvieron una distribución no paramétrica, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Para las muestras con datos cualitativos, la estadística inferencial se realizó mediante el test de chi-cuadrado de partición.

Tabla 1. Perfil de los médicos que practicaron o no medicina defensiva en el último año

¿Usted practicó medicina defensiva en el último año?	No (n=25)	Una vez por mes (n=14)	Sí, pero poco (n=33)	Sí, diariamente (n=9)	Sí (n=22)	p
Media de edad (años)	41,16	31,1	35,3	34,6	33,9	0,1065
Media del tiempo de graduación (en años)	16,1	5,7	10,6	8,5	9,1	0,0964
Sexo masculino	13	6	14	5	12	0,8631
Solteros	11	11	24	7	9	0,022
Con hijos	12	2	11	1	4	0,0753
Especialidad clínica	18 (n=20)	12 (n=13)	17 (n=24)	6 (n=8)	13 (n=24)	0,3546
Lugar de trabajo						
Hospital	22	13	31	8	19	0,996
Clínica privada	13	2	12	2	9	0,164
Empleo municipal, estadual o federal	9	2	9	1	6	0,4958
Institución educativa	9	3	7	3	6	0,7382
Media de horas trabajadas por semana	57	57,4	52,5	63,6	64,5	0,3078
Médicos que hacen guardias	16	10	24	9	17	0,32

Conocer el término “medicina defensiva” tiene influencia en la práctica médica

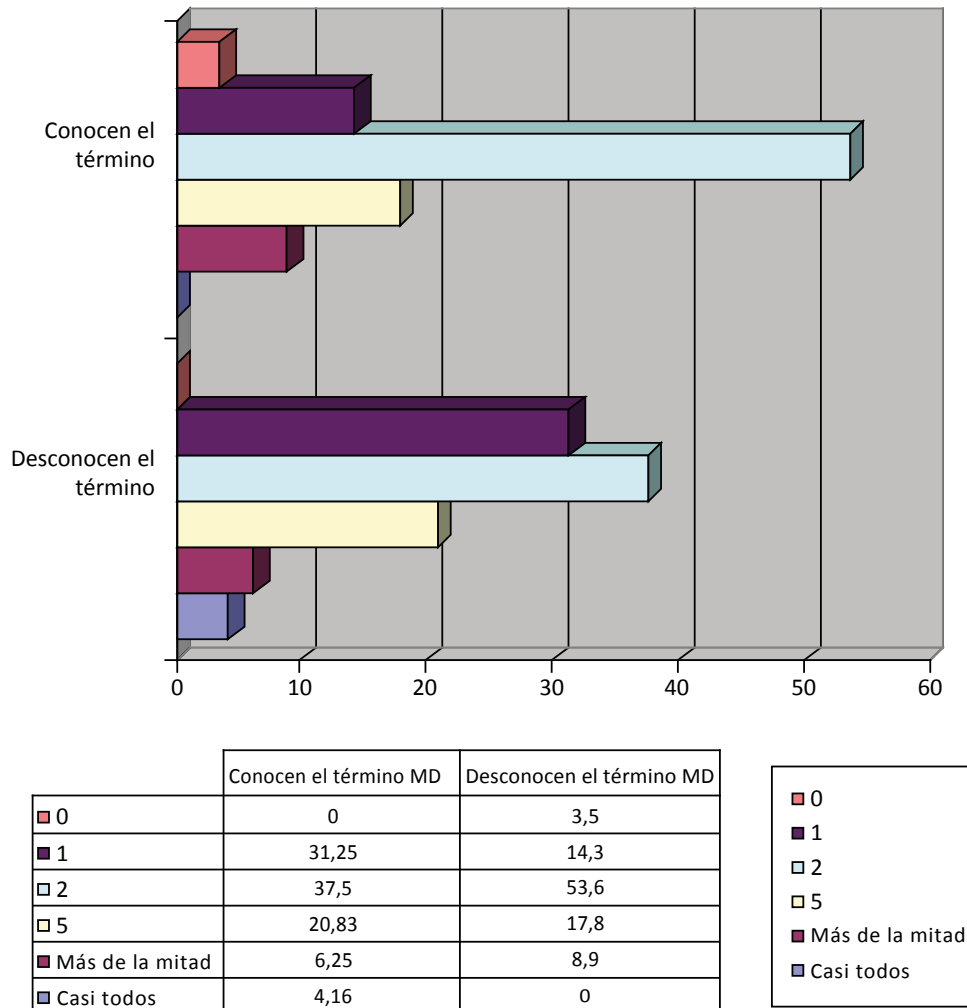
• *Pedido de exámenes*

La Figura 2 ilustra cómo el conocimiento sobre la medicina defensiva influye en el pedido de exámenes que serían innecesarios para la evaluación, el pronóstico y el tratamiento del paciente. Los médicos que conocen el término respondieron que al menos un examen sería innecesario para el paciente. Además, sólo aquellos que saben sobre medicina defensiva dijeron que solicitan casi todos los exámenes innecesarios. Ocurre lo contrario con los médicos que desconocen este concepto: algunos dijeron que no pedían exámenes prescindibles, y ninguno de

ellos suele solicitar casi todas las evaluaciones irrelevantes a sus pacientes.

El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi-cuadrado, indicando $p=0,1015$. Esto señala que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. En cuanto a las solicitudes de examen realizadas por los propios pacientes, el conocimiento sobre medicina defensiva también influyó en la práctica médica. Ningún participante dejó de pedir exámenes solicitados por los pacientes, y 11 médicos (23%) suelen pedir cinco o más exámenes. Sólo tres de los que desconocían el término piden cinco o más de los solicitados por los pacientes. Esta diferencia fue probada estadísticamente por el test de chi-cuadrado, que generó $p=0,0194$.

Figura 2. Conocimiento sobre medicina defensiva y cómo esto interfiere en el pedido de exámenes complementarios



MD: medicina defensiva.

- **Procesos judiciales por error médico**

De los 104 entrevistados, 12 han sufrido algún tipo de proceso; de estos, sólo cuatro sabían qué era la medicina defensiva. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa, pues la prueba exacta de Fisher resultó en $p=0.3771$. De los 12 procesos, seis aún estaban en trámite al momento de la recolección de datos, y el resto se resolvió sin condena del médico. Cabe señalar que todos los profesionales absueltos, incluso aquellos que negaron conocer el término “medicina defensiva”, le habían pedido al enfermo al menos un examen irrelevante.

- **El miedo a recibir procesos interfiere en la conducta médica**

De los 101 médicos que respondieron a esta pregunta, 76 (75%) creen que el miedo a recibir procesos interfiere en el pedido de exámenes y en la conducta médica. De los 47 que conocen la medicina

defensiva y respondieron a esta pregunta, 34 (72%) creen que el miedo interfiere, y 42 (78%) de los 54 médicos que no conocían el término pensaban de la misma forma. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa, como lo indica el análisis estadístico mediante el test de chi-cuadrado ($p=0,6888$). Por lo tanto, el conocimiento sobre la medicina defensiva no disipa ni aumenta el miedo a recibir demandas.

- **Conocer a alguien que sufrió un proceso interfiere en la práctica de la medicina defensiva**

De los 104 encuestados, 85 (82%) tenían algún colega que ya había sido procesado, y 59 de ellos (69%) alegaron que esto influyó en su comportamiento clínico o en otras esferas. No hubo diferencia entre aquellos que conocían y quienes no sobre medicina defensiva (test de chi-cuadrado $p=0,8910$).

Conocer el concepto tampoco fue estadísticamente significativo entre estos grupos ($p=0,9845$).

De acuerdo con estos resultados, la mayoría de los médicos conocen a alguien que ya ha sido procesado, y esto influye en su comportamiento clínico o de otras formas. Sin embargo, esta realidad no lleva a los médicos a estudiar formas de defenderse contra este riesgo; de lo contrario, aquellos que afirman conocer profesionales procesados conocerían el significado de la medicina defensiva.

- **Los médicos piden más exámenes de lo necesario**

No hubo influencia significativa en lo que atañe al conocimiento sobre la medicina defensiva y la respuesta de los participantes, ya que 46 (95.83%) de los 48 que conocen el término están total o parcialmente de acuerdo con la frase “los médicos solicitan más pruebas o realizan más procedimientos de lo que sería necesario como forma de protegerse contra los procesos”. Entre los 56 que no conocían el concepto, 46 (82.14%) respondieron de la misma manera. La base estadística se midió a través de la prueba de Mann-Whitney ($p=0.0260$).

- **La cantidad de exámenes disminuiría si los médicos se sintieran protegidos contra los procesos**

En este ítem, 35 (73%) de los 48 médicos que conocían la medicina defensiva estuvieron total o parcialmente de acuerdo con la afirmación “el uso excesivo de exámenes y procedimientos no disminuirá, a menos que los médicos se sientan protegidos contra los procesos”, mientras que 29 (52%) de los 56 médicos que no conocían el término también la consideraron válida. Esta diferencia no fue confirmada por el análisis estadístico de la prueba de Mann-Whitney ($p=0.051$), valor muy cercano al nivel de significancia utilizado en el artículo.

Discusión

La muestra tuvo una media etaria de 35.7 años, siendo en su mayoría mujeres. Esto confirma la feminización de la medicina en Brasil, un fenómeno que tiene lugar desde 2009 con médicos de edad igual o inferior a 34 años⁶. El promedio de horas trabajadas (57.58) está en línea con el de la Demografía Médica Paulista 2017⁶, en la que el 54% de los médicos afirmaron estar “en plena capacidad de trabajo”, pero lejos de la sobrecarga considerada para la jornada semanal (80 horas o más).

El estudio realizado por Oliveira⁷ corrobora la investigación del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo⁸, aclarando que, a pesar de los protocolos, directrices y recomendaciones del Consejo Federal de Medicina (CFM), los médicos tienen extensas jornadas de trabajo y múltiples vínculos laborales. Según el autor, estos profesionales aumentan su exposición al riesgo de error cuando atienden a una cantidad excesiva de pacientes, tomando decisiones rápidas, generalmente bajo presión y estrés, con cortos períodos de descanso, alimentación inadecuada y escaso tiempo en casa.

Otras investigaciones⁹⁻¹¹ resaltan que la asociación entre sobrecarga de trabajo, falta de tiempo para las tareas diarias, equipo reducido y alto contingente de personas ansiosas por recibir atención eleva la probabilidad de error médico. La proporción de 56 (54%) participantes que desconocían el término medicina defensiva no es compatible con casi tres décadas de existencia de la terminología, que comenzó a utilizarse en Estados Unidos en la década de 1990¹².

Algunas categorías, a pesar de no haber presentado diferencias estadísticamente significativas, aportan datos interesantes. Generalmente las médicas establecen una mejor relación con los pacientes. En este estudio, la edad de los encuestados y el hecho de ser en su mayoría mujeres con hijos puede haber contribuido a que la medicina defensiva se use menos, tal vez por la mayor conciencia de la posibilidad de litigios o por el estrés resultante de los procesos por error médico. En base a la media de edad corroborada de 35.7 años (± 12.1) y al fenómeno de feminización de la medicina que tiene lugar en el país desde 2009, confirmado en este estudio, se constata que la mujer guarda mayor calidad en el seno de la relación médico-paciente y, por lo tanto, tiene menor probabilidad de ser procesada, aunque tenga mayor temor de eso.

El trabajo de los profesionales solteros y de los médicos de guardia está más sujeto al cansancio, debido a la alta carga horaria de los turnos. Los primeros son los que menos recurren a la medicina defensiva para protegerse de posibles procesos, especialmente debido a la inmadurez en el trato con pacientes y por la inexperiencia con respecto a los riesgos en esta relación.

El Código de Ética Médica (CEM), de acuerdo con la Recomendación CFM 1/2016¹³, introdujo nuevas exigencias sobre la autonomía del paciente y generó un cambio de paradigma en cuanto a la relación médico-paciente. Según el Principio Fundamental XXI del CEM¹⁴, aprobado en 2009, el profesional de la salud debe acatar las elecciones

expresadas por sus pacientes con respecto a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, siempre que sean apropiados para el caso y científicamente reconocidas como válidas.

Para Cunningham y Wilson¹⁵, la medicina defensiva positiva puede estar ligada a la disminución de la confianza del paciente y a la escasa habilidad del profesional para tomar decisiones bajo presión. Además, el aumento de las derivaciones y admisiones en el hospital, la identificación preventiva de problemas de los pacientes, la documentación y el consentimiento excesivos, y los cambios en los equipos profesionales también favorecen esta práctica.

Por su parte, la medicina defensiva negativa se caracteriza por cambios en la respuesta a las quejas particulares, como sucede, por ejemplo, cuando se extingue la atención obstétrica y los cuidados intensivos. En ocasiones la especialidad médica se traslada de las zonas rurales a las urbanas, o se retiran ciertos cuidados a pacientes en condiciones de salud que están en riesgo inminente de demanda judicial.

De los 12 participantes procesados, siete son mujeres y cinco hombres. La mitad de la muestra de litigantes figura en las especialidades más procesadas del país: ginecología y obstetricia, cirugía general, anestesia, oftalmología y cirugía plástica. La mayoría femenina contradice los estudios inclinados hacia la idea de que las médicas son más propensas que sus colegas masculinos a armonizar la relación médico-paciente por adoptar un estilo más democrático en la comunicación, promoviendo relaciones colaborativas, discutiendo más el tratamiento e implicando al paciente en la toma de decisiones^{16,17}.

De 2010 a 2014, los procesos por error médico en el Superior Tribunal de Justicia crecieron un 140%. El aumento entre 2016 y 2017 fue del 49%, totalizando, sólo en 2017, 1.183.812 nuevos procesos. En general, las especialidades médicas más demandadas son ginecología y obstetricia (43% de los casos), traumatología-ortopedia (16%), cirugía plástica (7%) y cirugía general (7%). Con respecto a las partes involucradas, una curiosidad: la mayoría de las acciones son presentadas por pacientes del sexo femenino; por otro lado, los médicos más procesados son de sexo masculino (STJ)¹⁸.

La literatura confirma la complejidad de la relación entre calidad del cuidado médico y postulaciones judiciales de los pacientes. Un evento adverso, con un resultado indeseado, no necesariamente incurre en litigio; no obstante, pueden surgir procesos judiciales y/o administrativos aunque el procedimiento estándar haya sido seguido de manera ejemplar. Muchos estudios realizados en

diversos países demuestran que ambos casos tienen un impacto significativo en el desempeño profesional de los médicos¹⁵.

La amenaza de enfrentar un litigio y la percepción de que el sistema de salud es injusto – desequilibrado en favor del paciente, con una legislación que respalda la inversión de la carga de la prueba (Código de Defensa del Consumidor – art. 6º, VIII)¹⁹ genera una inmensa renuencia entre los profesionales médicos a reportar fallas y negligencia. Se aborda el error retrospectivamente, fijando la culpa, en lugar de reparar el sistema para prevenir otros problemas. Incluso las sociedades más avanzadas aún están lejos de popularizar y universalizar el diálogo sobre el tema, que continúa siendo tratado de forma defensiva, con pocos métodos eficientes para reconocer errores médicos evitables².

El paciente, cada vez más inseguro, encuentra en los medios de comunicación el apoyo para su intención de demandar al médico, ya que medios de gran circulación como *Veja*, *The New York Times* y *El Estado de São Paulo* imputan al profesional la culpa por el caos de la salud en Brasil y en el mundo. Se difunde, por ejemplo, que el error médico mata más que el cáncer en Brasil:

- *Nuevo estudio sugiere que las fallas médicas matan más de dos personas cada 3 minutos en Brasil*²⁰;
- *Organización Mundial de la Salud: ir al hospital es más arriesgado que viajar en avión – millones mueren todos los años por errores médicos o infecciones hospitalarias*²¹;
- *Los errores médicos están siendo más frecuentes, según una investigación – un estudio registró los incidentes entre 2002 y 2008. Hay casos de pacientes a los que se le operó el lado equivocado del cerebro y se les extrajeron órganos saludables*²²;
- *El mercado de seguros específicos para médicos está en crecimiento – en una de las operadoras, el número de beneficios vendidos para profesionales de salud avanzó un 40% en 2 años*²³.

Un estudio señala que, en 2015, la mala praxis médica fue responsable de la muerte de 1.190 brasileños por día, siendo la primera o la segunda causa de muerte en el país, incluso frente a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer. Además de las vidas perdidas, el estudio proyecta que los eventos adversos consumieron entre 5 y 15 mil millones de reales de recursos de la salud privada brasileña aquel año²³.

Los casos de error médico en Brasil se enmarcan en el Código Procesal Civil²⁴, teniendo como

base el Código de Defensa del Consumidor, que da lugar a la inversión de la carga de la prueba²⁵. Con este recurso, el acusado es quien debe probar que no tuvo culpa o fue negligente. Al autor de la demanda le corresponde probar sólo el daño y el nexo causal entre él y el acto. La gratuidad de la justicia, muchas veces otorgada por el poder judicial, también favorece al paciente al eximirlo de los costos financieros y las tasas procesales, ya que el abogado también trabaja con la promesa de pago vinculada al resultado de la demanda. Así, se sorteja la condena del médico o del servicio de salud como un premio que, si no se alcanza, no ofrece riesgo contrario.

Consideraciones finales

A la luz de la ética, se concluye que las consecuencias de la medicina defensiva y su conocimiento por parte de los pacientes tienden a dificultar aún más la relación médico-paciente, debido a la reducción de la confianza del paciente en el profesional. La dilatación del plazo para diagnosticar el problema

y buscar la cura, además de castigar al paciente que depende del Sistema Único de Salud, aumenta sustancialmente el costo del servicio de salud, tanto en el ámbito público como en el privado.

La copiosa falta de incentivos a la mediación y conciliación en el sector hospitalario también favorece la medicina defensiva, ya que el médico se sentiría más protegido si cada institución tuviera un segmento interno para cuidar las relaciones con los pacientes. Del grupo investigado, la mayoría recurre a la medicina defensiva para protegerse contra los procesos judiciales por mala conducta profesional.

La frecuencia con que los participantes ejercen medicina defensiva es relevante: el 75% afirmaron utilizar esta medida cotidianamente. También se verificó que los solteros la practican menos, mientras que los médicos de guardia la practican a diario. Diversos factores contribuyen con este escenario, como los pedidos de los propios pacientes, el temor de los médicos respecto de posibles casos de responsabilidad civil y el conocimiento de un colega procesado, lo que influye directamente en la conducta clínica, conforme se constató en este estudio.

Referências

1. Ramírez-Alcántara YL, Parra-Melgar LA, Balcázar-Rincón LE. Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. *Aten Fam [Internet]*. 2017 [acceso 20 nov 2018];24(2):62-6. Disponible: <https://bit.ly/2ZqpPw7>
2. Dove JT, Brush JE Jr, Chazal RA, Oetgen WJ. Medical professional liability and health care system reform. *JACC [Internet]*. 2010 [acceso 20 nov 2018];55(25):2801-3. Disponible: <https://bit.ly/2WBLCiD>
3. Má prática e infrações éticas lideram o crescimento expressivo de processos: cresce o número de processos contra médicos por má prática e infrações éticas. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. Ética médica; 26 jul 2012 [acceso 20 nov 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2IFBzUS>
4. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial REsp 908.359 SC 2006/0256989-8: inteiro teor [Internet]. 17 dez 2008 [acceso 20 nov 2018]. Disponible: <https://bit.ly/31o3kd8>
5. Younes PAP. A responsabilidade ético-jurídica do profissional de medicina no Brasil: uma perspectiva histórica. *Linhas Jurídicas [Internet]*. 2015 [acceso 20 nov 2018];7(10):1-39. Disponible: <https://bit.ly/2KbeLhp>
6. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: FMUSP; 2018 [acceso 20 nov 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2KdJfRq>
7. Oliveira LRM. Os laudos periciais nas ações judiciais por erro médico: uma análise crítica [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010 [acceso 20 nov 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2le7Nrl>
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Número de médicos em SP cresce mais do que o da população em geral. *Informativos do Cremesp [Internet]*. 2017 [acceso 20 nov 2018];344:8-9. Disponible: <https://bit.ly/2WW8480>
9. Chalmers C, Straub M. Standard principles for preventing and controlling infection. *Nurs Stand [Internet]*. 2006 [acceso 20 nov 2018];20(23):57-65. Disponible: <https://bit.ly/2RmujBv>
10. Beggs CB, Noakes CJ, Shepherd SJ, Kerr KG, Sleigh PA, Banfield K. The influence of nurse cohorting on hand hygiene effectiveness. *Am J Infect Control [Internet]*. 2006 [acceso 20 nov 2018];34(10):621-6. Disponible: <https://bit.ly/2Kf21rH>
11. Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right. Abingdon: CRC Press; 2017.
12. Minossi JG, Silva AL. Medicina defensiva: uma prática necessária? *Rev Col Bras Cir [Internet]*. 2013 [acceso 20 nov 2018];40(6):494-501. Disponible: <https://bit.ly/2KObXYw>
13. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM nº 1/2016 [Internet]. 21 jan 2016 [acceso 20 nov 2018]. Disponible: <https://bit.ly/2Pokq4y>

14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009. Aprova o Código de Ética Médica [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 90, 24 set 2009 [acesso 20 nov 2018]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2dWQz1r>
15. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. Postgrad Med J [Internet]. 2011 [acesso 20 nov 2018];87(1034):837-40. Disponível: <https://bit.ly/2Wl2zwJ>
16. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. Jama [Internet]. 2002 [acesso 20 nov 2018];288(6):756-64. Disponível: <https://bit.ly/2XeFMYS>
17. Hall JA, Roter DL. Medical communication and gender: a summary of research. J Gend Specif Med [Internet]. 1998 [acesso 20 nov 2018];1(2):39-42. Disponível: <https://bit.ly/2ISg3wv>
18. Cambricoli F. Em 4 anos, número de processos por erro médico cresce 140% no STJ. O Estado de S. Paulo [Internet]. Saúde; 22 mar 2015 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2TzMhoo>
19. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 12 set 1990 [acesso 3 jan 2018]. Disponível: <https://bit.ly/18lUsHh>
20. Erro médico mata mais que câncer no Brasil. Veja [Internet]. Saúde; 26 out 2016 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2U4R2Sb>
21. OMS: ir ao hospital é mais arriscado do que viajar de avião. Veja [Internet]. Saúde; 22 jul 2011 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2lcQEY9>
22. The New York Times. Erros médicos estão mais frequentes, diz pesquisa. Veja [Internet]. Saúde; 22 out 2010 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2RekYvt>
23. Couto RC, Pedrosa TGM, Rosa MB, editores. Erros acontecem: a força da transparência para o enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados: construindo um sistema de saúde mais seguro [Internet]. Belo Horizonte: IESS; 2016 [acesso 20 nov 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2WCibIF>
24. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 17 mar 2015 [acesso 20 abr 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1Vojl3i>
25. Grinover AP, Benjamin AHV, Fink DR, Filomeno JGB, Nery N Jr, Denari Z. Código brasileiro de defesa do consumidor [Internet]. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2011.

Participación de los autores

Homaile Mascarín do Vale, principal redactor del artículo, propuso la estructura del texto integral y fue responsable de los datos parametrizados. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, crítica, incluyó modificaciones y mejoras en la fundamentación de los argumentos.

Correspondência

Homaile Mascarín do Vale – Rua Dr. Raul Silva, 347, Redentora CEP 15015-020. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Homaile Mascarín do Vale – Mestrando – homaile@homaile.com.br

 0000-0002-1218-8093

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki – Livre-docente – cmiyazaki@famerp.br

 0000-0002-6792-4529

Recebido: 4.10.2018

Revisado: 9. 1.2019

Aprovado: 21. 1.2019

