

Aproximación a la Medicina Defensiva en Ecuador

Xavier Maldonado*
Universidad Central del Ecuador

*Recibido: 6 de agosto de 2023
Aceptado: 30 de agosto de 2023*

Resumen

Este artículo comienza conceptualizando la salud para luego realizar una primera aproximación a la medicina defensiva en Ecuador que es un fenómeno poco analizado. Se busca establecer los hitos que han marcado la medicina defensiva en el país y sus efectos. Se utiliza una metodología mixta en la que se utiliza información de un establecimiento de tercer nivel de complejidad con información del 2007 al 2017. Se concluye que es importante que la práctica médica piense más en el bienestar del paciente y la totalidad del sistema antes que en los posibles reclamos judiciales.

Palabras clave: medicina defensiva, Ecuador, salud, práctica médica, judicialización de la salud

Abstract

This article begins by conceptualizing health, then makes a first approach to defensive medicine in Ecuador, a phenomenon that has been little analyzed. It seeks to establish the milestones that have marked defensive medicine in the country and its effects. A mixed methodology is used in which information from a third level of complexity facility is used with information from 2007 to 2017. It is concluded that it is important for medical practice to think more about the welfare of the patient and the entire system before possible legal claims.

Keywords: defensive medicine, Ecuador, health, medical practice, health judicialization

* Docente - investigador de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Contacto: fxmaldonado@uce.edu.ec

Introducción¹

A lo largo de la historia, la concepción de “salud” se ha ido modificando hasta quedar reducida casi exclusivamente a servicios de atención médica. Si bien este cambio se ha traducido en mejoras en la calidad y años de vida, el costo que hemos pagado es altísimo si se toma en cuenta la medicalización y mercantilización que han experimentado la vida y sus circunstancias.

Desde los años 70 del siglo anterior se empieza a hablar de la inserción de la Salud en los mercados, pero es desde los 80 que toma fuerza con la publicación del entonces editor del “New England Journal of Medicine” Arnold Relman de un artículo sobre lo que él denominó el “Nuevo Complejo Médico Industrial” (Relman, 1980)

El autor no rechaza el carácter mercantil de la salud, su cuestionamiento, está en quien debe manejarlo. Propone que la “mercancía salud” al tener ciertas particularidades, debe ser manejada por profesionales de la medicina y no por agentes externos. Una de las características es que, en esta relación, los integrantes no cuentan con la misma información, de hecho, la desigualdad de la información entre el médico y el paciente es tal, que estos últimos son casi completamente dependientes de los primeros.

Para enfrentar esta asimetría se ha establecido lo que se conoce como una “relación de agencia” en la que, la una parte, el usuario de los servicios es decir el paciente, encarga a la otra parte, es decir el prestador del servicio médico la toma de decisiones sobre cuál será el tratamiento más adecuado para su problema. (Bellón Saameño, 2006)

Esta relación de agencia puede ser completa o perfecta cuando se toma en cuenta para el proceso de toma de decisiones únicamente las variables que afectan al usuario, es decir todo aquello que podría mejorar su salud o la de su entorno. Esto es lo esperable desde una perspectiva fundamentada en la ética médica. Al contrario, cuando se incorpora en el proceso cuestiones que no benefician al paciente, sino que son relevantes para el médico, las instituciones o las industrias, se habla de una relación de agencia incompleta o imperfecta. (Bellón Saameño, 2006)

Como una consecuencia de este fenómeno, la atención sanitaria puede tener un doble origen, puede estar iniciada por el profesional o por el usuario. El hecho que los médicos sean capaces de generar su propia demanda es un fenómeno que se viene estudiando desde hace varios años (Carlsen & Grytten, 2000; Evans, 1974)

Se ha estimado que en algunos casos el 90% de los gastos de atención médica son iniciados o controlados por médicos, es decir, prácticamente intervienen en casi todos los gastos. (Wilensky & Rossiter, 1983)

Esta demanda inducida tiene un impacto altísimo sobre la gestión sanitaria ya que aumenta el gasto sanitario, dificulta la eficiencia de los servicios e incluso podría poner en riesgo a los pacientes al someterlos a intervenciones innecesarias, lo que se conoce como prevención cuaternaria (Kopitowski, 2013).

En el caso ecuatoriano, la demanda inducida por el proveedor responde, en gran medida, a una serie de políticas implementadas. Su análisis a profundidad rebasa

¹ Este artículo es una adaptación de la tesis doctoral del autor “Estudio del complejo médico industrial en Ecuador. Análisis de 2008 a 2017”.

los objetivos del presente ensayo, por tanto, nos vamos a enfocar en un fenómeno muy poco estudiado en nuestro medio, la medicina defensiva.

Medicina defensiva

En los últimos 30 o 40 años el ejercicio de la medicina ha experimentado un vuelco gigantesco. Factores como el desarrollo tecnológico aplicado a procedimientos diagnósticos y terapéuticos; facilidad en el acceso a información (generalmente de mala calidad); deterioro de la relación médico - paciente; y la conceptualización de la medicina como una garantía de resultados y no de procesos, han llevado a judicializar su ejercicio.

El miedo a ser demandado puede modificar la actitud diagnóstica y terapéutica del médico llegando incluso a convertirse en un búmeran al exponer a un paciente a un riesgo no justificado, propiciando de este modo la iatrogenia². Esta forma de ejercer la medicina no tiene ningún beneficio sobre el paciente que puede ser sometido a intervenciones innecesarias que representen beneficios marginales y costos elevados. (U.S. Congress, Office of Technology Assessment, 1994)

De esta forma surge en los Estados Unidos una nueva forma de practicar la medicina denominada “Medicina Defensiva”, que fue descrita por primera vez en 1978 (Guzman Mejía et al., 2011). En algunos países se ha reportado que, ante potenciales demandas, los profesionales de la salud tienden a incrementar una práctica “defensiva” que podría conllevar una sobreutilización de recursos diagnósticos y terapéuticos (Bal, 2009). Esta afectación también se verá reflejada en el sistema de salud ya que aumenta su gasto por intervenciones no justificadas.

La medicina defensiva se entiende como un modo de ejercer la medicina que, para evitar demandas por mala práctica médica, realiza intervenciones excesivas y muchas veces innecesarias (Clínica Universitaria de Navarra, 2023.). Esta práctica tiene como consecuencias: 1) aumento de costos para el paciente y para el Sistema de Salud; 2) afectación de la relación médico - paciente; 3) Posibilidad de negación de atención a pacientes en condiciones graves de salud o con potenciales secuelas; 4) Mayor sufrimiento del paciente; y 5) Potencial riesgo por intervenciones innecesarias (Minossi & Silva, 2013; Sekhar & Vyas, 2013).

El caso ecuatoriano

El litigio relacionado con el ejercicio profesional en salud es un fenómeno relativamente nuevo y que tiene, al menos, tres hitos clave.

Primero, a finales de 2007, debido a una demanda por un caso de mala praxis el famoso caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” la Corte Interamericana de Derechos Humanos CIDH en su sentencia, insta al Estado ecuatoriano a revisar y actualizar la legislación penal acerca de la mala praxis médica, sugiriendo que se incorporen definiciones pragmáticas para adecuar el régimen de la materia legal, de forma que favorezca la debida realización de la justicia en cuanto al tema. (*Caso Albán Cornejo y otros VS. Ecuador, 2007*)

Segundo, en septiembre de 2009 la ciudadana francesa Charlotte Mazoyer recibió un disparo en un asalto y fue trasladada a una clínica privada donde se demoró su atención hasta que presente un respaldo con una tarjeta de crédito. Si bien la

² Iatrogenia: “Alteración, especialmente negativa, del estado del paciente, producida por el médico” (RAE)

condición médica de la paciente era muy grave y de mal pronóstico, se perdió mucho tiempo, finalmente fue intervenida quirúrgicamente pero no soportó y falleció. El médico que tardó en operar fue demandado. El tema se mediatizó de tal manera que se generó un alboroto social con marchas en todo el país, con consignas a favor y en contra de la judicialización de la práctica médica.

Tercero, tras la aprobación de la Constitución en 2008, que en su artículo 54 determina que “[...] Las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas” (Constitución del Ecuador, 2008) se hacía imprescindible la adecuación de reformas jurídicas. Un primer intento se dio en 2010, pero por falta de acuerdos políticos en el interior de la Asamblea Nacional no se aprobó el proyecto de ley de mala práctica médica que se había propuesto.

Finalmente, luego de un debate intenso, prolongado y muy mediatizado, en 2014 se aprueba el Código Orgánico Integral Penal – COIP, que recoge y agrupa toda la legislación relativa a materia penal en un solo cuerpo articulado. Este, al ser “Orgánico” según el art. 425 de la Constitución del Ecuador (2008) está por encima de las leyes ordinarias y demás cuerpos normativos en materia penal.

Este nuevo cuerpo legal es un intento a la adecuación del nuevo orden constitucional, en cuanto a la regulación del deber punitivo del Estado Ecuatoriano. Establece nuevos tipos penales como son los delitos de lesa humanidad, delitos informáticos, explotación laboral, femicidio, sicariato y por supuesto el homicidio culposo por mala práctica profesional. (Reyes Vaca & León Asqui, 2016)

A pesar de que el mismo documento de la Corte Interamericana es muy claro en explicar que no es necesario instituir un nuevo tipo penal sobre mala praxis³, el COIP propone la tipificación de un nuevo delito el “Homicidio culposo por mala práctica profesional” (Código Orgánico Integral Penal, 2014) pese a que el país sí contaba con legislación para sancionar delitos culposos como lesiones o muerte y se había aplicado previamente. Entonces, desde esa óptica, no tenía sentido incorporar el nuevo delito al Código Penal ya que eso se interpretaba como un intento por “judicializar” o “criminalizar” la práctica profesional.

Esto generó un amplio debate y movilización de los gremios médicos con amenazas de tomar medidas drásticas como renunciadas masivas, ya que se sentían amenazados por el peligro potencial en su aplicación, ya que la naturaleza misma de su profesión conlleva necesariamente un riesgo para el paciente, especialmente en el caso de procedimientos invasivos y riesgosos como las intervenciones quirúrgicas (Vargas Villagrán, 2017). Más allá de las movilizaciones, se piensa que este hecho también modificó la forma de ejercer la medicina.

³ “La mala praxis médica suele ser considerada dentro de los tipos penales de lesiones u homicidio. No parece indispensable instituir tipos específicos sobre aquella si basta con las figuras generales y existen reglas pertinentes para la consideración judicial de la gravedad del delito, las circunstancias en que éste fue cometido y la culpabilidad del agente” (*Caso Albán Cornejo y otros VS. Ecuador*, 2007)

Pistas del impacto de la Medicina Defensiva en Ecuador

Resulta ambicioso para este texto evaluar los impactos de la medicina defensiva. Solamente se hará una aproximación inicial para identificar si existe asociación entre esta nueva forma de practicar la medicina y el uso de tecnologías sanitarias⁴.

El escenario más adecuado que se consideró fue un hospital de tercer nivel de complejidad, que tenga todos los auxiliares diagnósticos y que durante el período determinado para el estudio no haya presentado cambios significativos en número de camas, especialidades, especialistas, es decir, que no se ha modificado sustancialmente el número de atenciones. El hospital seleccionado fue el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, de la ciudad de Quito.

Luego de recibir la información del Ministerio de Salud, se agrupó por años todos los auxiliares diagnósticos, estos incluían: exámenes hematológicos, de hemostasia, bioquímicos, electrolitos, inmunoquímica, examen de orina, examen de heces, serología, bacteriología, gasometría, tuberculosis y pruebas especiales realizados entre 2007 y 2017 provenientes de consulta externa, hospitalización y emergencia. Estos resultados se cotejaron con el número de consultas realizadas en el mismo período de tiempo y en las mismas áreas.

Los resultados muestran que a pesar de que el número de consultas médicas no presenta una variación importante, el uso de todos los auxiliares diagnósticos si lo hace de forma significativa. Esto se puede observar en las tablas 1 y 2 así como en la figura 1.

Tabla 1: Servicios auxiliares de diagnóstico en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia	Total
2007	147.482	77.092	105.321	329.895
2008	172.617	74.235	133.231	380.083
2009	173.485	84.959	191.037	449.481
2010	199.130	99.256	169.161	467.547
2011	214.138	117.234	214.517	545.889
2012	387.990	216.956	365.165	970.111
2013	382.573	218.164	363.456	964.193
2014	364.094	193.292	299.711	857.097
2015	486.466	293.154	354.038	1.133.658
2016	553.407	343.579	363.532	1.260.518
2017	440.434	296.704	354.015	1.091.153

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud

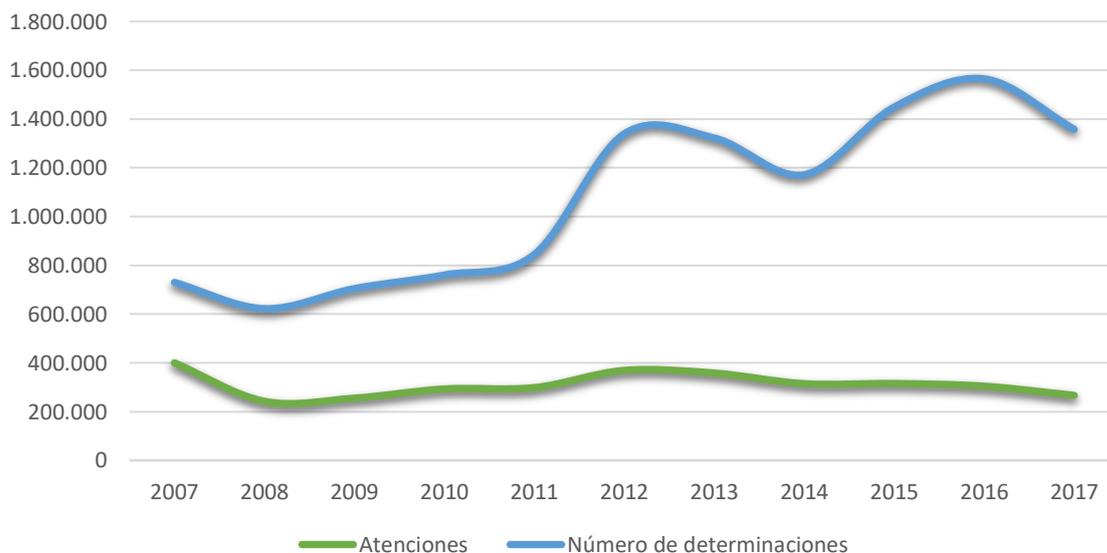
⁴ “Las tecnologías sanitarias son todos los recursos que se utilizan con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas de las personas sanas o enfermas, tales como los medicamentos, los equipos, dispositivos y procedimientos médicos, los modelos organizativos y los sistemas de apoyo empleados” tomado de: Organización Mundial de la Salud. CONSEJO EJECUTIVO EB118/15 118ª reunión 25 de mayo de 2006 Punto 5.5 del orden del día provisional. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_15-sp.pdf

Tabla 2: Número de atenciones en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia	Total
2007	355.638	11.931	32.236	399.805
2008	191.801	12.533	37.554	241.888
2009	204.310	11.893	38.691	254.894
2010	225.127	13.141	54.316	292.584
2011	239.710	13.055	45.449	298.214
2012	302.475	15.195	51.106	368.776
2013	302.978	14.699	40.061	357.738
2014	266.080	13.871	34.294	314.245
2015	278.970	13.914	22.123	315.007
2016	271.315	13.590	19.081	303.986
2017	239.410	13.446	13.687	266.543

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Figura 1: Relación atenciones - auxiliares diagnósticos en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

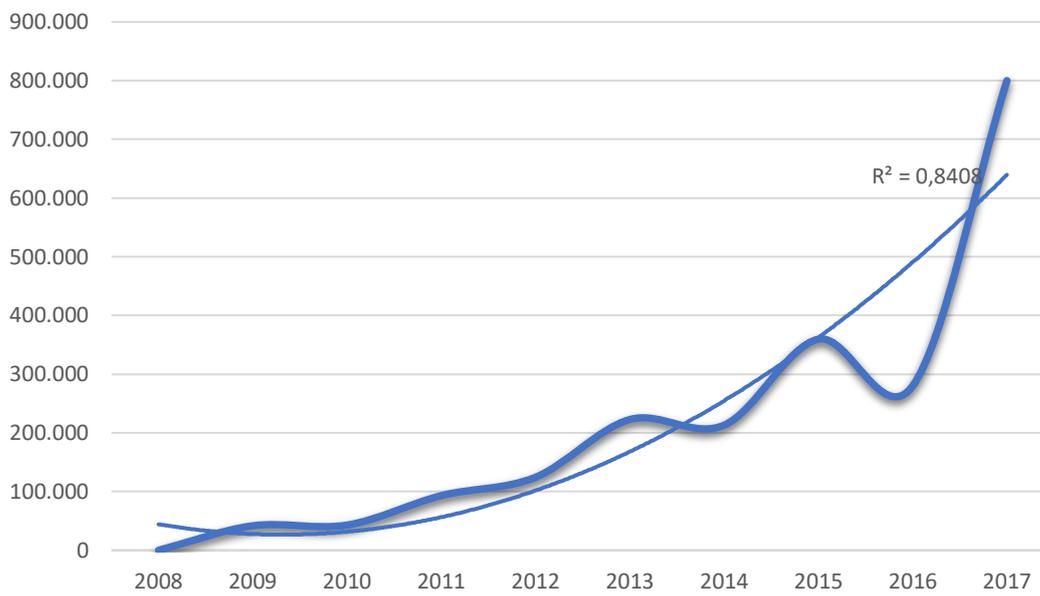


Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Es notorio que desde que el tema de la mala práctica entra en el debate público, los mecanismos de “protección” de los médicos se evidencian en el aumento en la realización de exámenes diagnósticos.

El segundo hecho analizado fue el crecimiento de los seguros de responsabilidad civil, mal llamados “seguros de mala práctica médica”. Se revisó la información de la Superintendencia de Compañías y Valores para analizar el crecimiento de este segmento. Los resultados se pueden observar en la Figura 2 y muestran un crecimiento de casi 20 veces.

Figura 2: Ingresos en empresas de seguros de Responsabilidad civil periodo 2008 - 2017 (CIU: K6512.01)



Fuente: Elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores

A manera de conclusión

Es cada vez más común en la práctica médica que en el momento de tomar una decisión se piense más en reclamos judiciales antes que en el beneficio del paciente y peor aún del sistema en su totalidad. Se solicita realizar auxiliares diagnósticos como estudios de imagen o de laboratorio innecesarios con el pretexto de “documentar el caso” o “para cubrirse las espaldas” aunque esta práctica podría incluso aumentar el riesgo o las complicaciones.

La medicina defensiva es un fenómeno que debe ser investigado con mayor profundidad y utilizando una metodología más compleja que integre todas las variables que deben ser analizadas. De cualquier forma, esta primera aproximación nos permite realizar un acercamiento inicial de este fenómeno.

Es también un tema prioritario por la seguridad de los pacientes que se someten a intervenciones innecesarias y que les genera mayor riesgo, llegando a ser la tercera causa de muerte en Estados Unidos de Norteamérica (Makary & Daniel, 2016) con costos elevadísimos para el presupuesto dedicado a salud por parte de los gobiernos. En Estados Unidos se calcula que la medicina defensiva representa el 20% del costo final de la atención médica (Dávila Rodríguez, 2018).

Como se había mencionado al inicio, el deterioro de la relación médico - paciente es muy marcado. Para recuperarlo, entre otras actividades se debe reforzar la toma de decisiones compartidas sobre hechos concretos. Mejorar la

comunicación proporcionando información detallada y de forma entendible que incluya riesgos, beneficios, efectos secundarios, etc.

Finalmente, el Ministerio de Salud y la Academia deberían liderar un proceso para des-mercantilizar la salud, por un lado; y por el otro, garantizar una Educación médica continua de calidad e independiente de las industrias conexas al sector salud.

Referencias

- Constitución del Ecuador, (2008). http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Código Orgánico Integral Penal, Registro Oficial Suplemento 180 del 10-Feb-2014 (2014). <http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2020/01/LI-Codigo-Integral-Penal-COIP.pdf>
- Bal, S. B. (2009). An Introduction to Medical Malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 467(2), 339-347. <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0636-2>
- Bellón Saameño, J. Á. (2006). Demanda inducida por el profesional: Aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Atención Primaria*, 38(5), 293-298. <https://doi.org/10.1157/13092989>
- Carlsen, F., & Grytten, J. (2000). Consumer satisfaction and supplier induced demand. *Journal of Health Economics*, 19(5), 731-753. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(00\)00044-8](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(00)00044-8)
- Caso Albán Cornejo y otros VS. Ecuador, (Corte Interamericana de Derechos Humanos 22 de noviembre de 2007). http://www.corteidh.or.cr/CF/jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=280
- Clínica Universitaria de Navarra. (s. f.). *Diccionario Médico*.
- Dávila Rodríguez, A. A. (2018). Medicina defensiva. ¿Evitable? *Cirujano General*, 40(1), 54-60.
- Evans, R. G. (1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. En M. Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care* (pp. 162-173). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-63660-0_10
- Guzman Mejía, J. I. G., Klincovstein, J. S., Acosta, J. M. P., Valdez, R. Z., & Navarrete, R. Z. (2011). ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cirujano General*, 33(2), 151-156.
- Kopitowski, K. S. (2013). *Prevención cuaternaria: Se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria*. 33(3), 90-95.
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—The third leading cause of death in the US. *BMJ*, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Minossi, J. G., & Silva, A. L. da. (2013). Medicina defensiva: Uma prática necessária? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(6), 494-501. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000600013>

- Relman, A. (1980). The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, 303(17), 963-970.
<https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>
- Reyes Vaca, E. A., & León Asqui, J. C. (2016). *La falta de tipificación de la Mala Práctica Médica en el Artículo 146 del COIP* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7725>
- Sekhar, Ms., & Vyas, N. (2013). Defensive medicine: A bane to healthcare. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(2), 295-296.
<https://doi.org/10.4103/2141-9248.113688>
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment. (1994). *Defensive Medicine and Medical Malpractice* (Vol. 1). Government Printing Office.
- Vargas Villagrán, D. A. (2017). *Lo peligroso, ilegítimo e innecesario en la tipificación del delito de la mala práctica profesional en el caso de los médicos según el Código Orgánico Integral Penal*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Wilensky, G. R., & Rossiter, L. F. (1983). The Relative Importance of Physician-Induced Demand in the Demand for Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 61(2), 252-277.
<https://doi.org/10.2307/3349907>