

¿Medicina defensiva o medicina asertiva?

José Ignacio Guzmán Mejía, Jaime Shalkow Klincovstein, José Martín Palacios Acosta, Roberto Zelonka Valdez, Ricardo Zurita Navarrete.

Introducción

Las demandas se han cuadruplicado en los últimos diez años, lo que ha llevado a muchos médicos y enfermeras a practicar la llamada medicina defensiva, es decir, a "no tomar decisiones de riesgo por miedo a las reclamaciones, sometiendo al paciente a multitud de pruebas para que no queden cabos sueltos".¹⁻²⁸

Es Tancredi en 1978 quien utiliza por primera vez el término de medicina defensiva definiéndola como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica.²⁸

El propósito de este artículo 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 Lex artis.

Definición

Se entiende por medicina defensiva como la práctica de la medicina, orientada a la solicitud de un número exagerado de análisis de laboratorio, de imagenología, de interconsultas, de referencia de pacientes, de mayor estancia hospitalaria, de prescripción innecesaria de medicamentos, de diferimiento de procedimientos quirúrgicos, de referencia a terceros niveles de atención médica o de alta especialidad, que el médico 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 que se cumplieron y se rebasaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y de seguimiento en el proceso de atención médica del paciente.

Studdert y colaboradores² consideran dos modalidades de medicina defensiva:

La **medicina defensiva positiva** que consiste en adoptar un exceso de medidas de seguridad mediante cuidados suplementarios (excesos en el uso de tec-

nología, 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) o reducción en la atención (negarse a atender enfermos complicados, con padecimientos de alto riesgo de litigio).

Y la **medicina defensiva negativa** u omisiva 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.

Irónicamente la medicina defensiva exagera el problema que trataba 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.

La Asociación Americana de Medicina desde 1984 publica que se gastaban en medicina defensiva 15,000,000,000.00 de dólares anuales.⁵

Los gastos en los Estados Unidos consecutivos al ejercicio de la medicina defensiva corresponden al 17.6% del costo total de la atención médica en ese país, por cada dólar de prima de seguros de gastos médicos se gastan \$2.70 dólares en medicina defensiva.

El 34% de los médicos en los Estados Unidos piensa que el principal problema de la medicina son las demandas médico-legales.

Entre 1986 y 1996 se registró un aumento del 100% en las demandas contra los psiquiatras, en Florida el 95% de los neurocirujanos han sido demandados

En 2003 la Asociación Médica Americana declara alerta en 20 estados de la Unión por escasez de espe-

Hospital General de México e Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dr. José Ignacio Guzmán Mejía

Hospital General de México

Unidad de Cirugía General 302

Dr. Balmis 148 Colonia Doctores 06726

México D.F. Tel 27892000

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

cialistas en especialidades de alto riesgo (Urgencias, Ginecobstetricia y neurocirugía pediátrica).

En un intento por frenar la voracidad provocada por la industria de la demanda en 2006 se emite en los Estados Unidos, la Ley Trot donde se limita el monto máximo de indemnización por las demandas. Actualmente sólo en el estado de Texas se gastan 700,000,000.00 anualmente en medicina defensiva.^{6,7,16}

El 10% del total de honorarios de los médicos del estado de Nueva York se destinan al pago de pólizas para protección contra demandas, incrementando en 20,000,000,000 de dólares el costo de la atención de la salud en el estado de Nueva York.

En el verano de 2003, el único pabellón hospitalario de maternidad funcionando en el sur de Filadelfia cerró sus puertas, debido a los costos de los seguros de responsabilidad médica, actualmente ninguno de los hospitales del sur de Filadelfia atiende partos y 7 de 39 clínicas de maternidad en la ciudad han cerrado o están por hacerlo debido al éxodo de médicos a otros estados donde el riesgo del ejercicio profesional es menor.^{5,6}

En México a raíz de la creación de la CONAMED en 1996 las solicitudes de atención, por asuntos de inconformidad por la atención médica recibida, se han incrementado notablemente.^{8,12}

La actividad pericial mediante la solicitud expresa de instancias impartidoras de justicia civil, militar y administrativas se han incrementado de 44 en 1996 a 323 en 2006, es decir seis veces más.^{8,12}

Las áreas de la medicina sobre las que con mayor frecuencia existen quejas son los servicios de urgencias médicas, cirugía General, ginecobstetricia y ortopedia.

Múltiples publicaciones aparecen diariamente en los medios; periódicos, noticieros de radio y televisión, relacionadas con presuntos errores o actos médicos que conllevan el supuesto de mal praxis en muchos de los cuales no hay tal, sin embargo tales noticias exaltan el morbo incrementando la venta de los diarios o el rating en las cadenas televisivas, en algunos diarios se llega al extremo al afirmar que cada vez más médicos mexicanos entran al quirófano con un amparo bajo el brazo mencionando que las autoridades sanitarias denominan a este fenómeno "medicina defensiva", mencionando que de acuerdo a sus cálculos el 40% de los profesionales que ejercen la actividad tiene contratado un seguro de este tipo, insistiendo que visto como consumidor el paciente puede estar tranquilo de que en caso de siniestro, el médico contará con recursos para indemnizarlo.

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 veta fértil para hacerse de recursos "fáciles" a costa de una atención médica presuntamente inadecuada o de resultados supuestamente no satisfactorios.⁷

En otros países latinoamericanos el problema se ha incrementado de manera alarmante, por ejemplo en la República Argentina se publicaron los resultados de una encuesta realizada en 2004, que arrojó que el 70% de los médicos que participaron en el estudio, practicaban

de otra 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 sobreprestación 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.¹⁰

Tradicionalmente la medicina estaba concebida como una relación entre el médico y su paciente basada en una gran confianza, sin embargo a raíz del desarrollo de la tecnología, de las comunicaciones, el fácil acceso a la información, al crecimiento de los sistemas socializados y masivos de salud; la relación entre el médico y su paciente ha sufrido cambios y deterioro, generándose desconfianza

Esta desconfianza del paciente hacia el médico y del médico hacia las reacciones del paciente, que ocurren al no cumplirse las expectativas que tiene el enfermo sobre los resultados esperados del proceso de atención médica recibido; condicionan que la relación médico-paciente, no sea la deseable.

El simple hecho que los médicos tengan que estar pendientes de defenderse, implica que hay un acto de gran desconfianza.

En las sociedades globalizadas 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 mal praxis derivada de la atención médica proporcionada, exigiendo ante los tribunales, lo que ellos creen es la indemnización justa por no haber recibido la atención deseada o los resultados esperados.

Los enfermos tienen un mayor acceso a la información disponible y exigen al médico el respeto irrestricto a sus derechos y la realización de estudios sofisticados y de tecnología de punta, que han escuchado que son el último grito de la moda e infalibles, aun sin tener una justificación médica y de no hacerlo, surgen inconformidad y quejas.

Curiosamente esos mismos enfermos, quisieran que permaneciera el modelo hipocrático y paternalista de atención médica, que el médico moderno conservara sus muchos recursos de comunicación y diálogo, sentir que se preocupa y se interesa por él y por su enfermedad, que lo aprecia como persona, quisiera ver su mirada perspaz y comprensiva, que le dedicara el tiempo suficiente para manifestar y compartir no sólo las dudas e inquietudes sobre las causas físicas y biológicas relacionadas con su enfermedad sino también que lo escuchara sobre los problemas psicológicos, sociales, familiares, laborales y existenciales que le aquejan derivados de su padecimiento, buscan en el médico un confidente, un amigo y un apoyo basado en una gran confianza que como decía el Dr. Ignacio Chávez: "... Cuando la enfermedad se agrava el enfermo necesita aferrarse a una tabla de esperanza, esa tabla de esperanza es la confianza que deposita en el médico, por su saber, por

su prestigio pero sobre todo por el espíritu de simpatía e indulgencia con que lo atendía, aquí la ciencia sola no basta y se requiere la actuación comprensiva, impregnada de calor humano”^{1,13,29}

Aunque los conceptos bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (o equidad) parecen nuevos, siempre han existido, el médico tradicionalmente antes que nada, busca beneficiar al paciente con la aplicación de sus conocimientos para aliviar los problemas de salud del enfermo, casi en ninguna circunstancia actúa con dolo, respeta la autonomía del enfermo informando sobre su padecimiento, sobre las alternativas de tratamiento y sobre el pronóstico de su enfermedad, aceptando la decisión del enfermo quien deposita en su médico toda la confianza poniendo en sus manos el cuidado de su persona, su salud y su vida, es claro que el profesional de la salud, siempre trata de brindar la mejor atención posible con base a la justa distribución de los recursos para la salud disponibles en las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se presta al atención médica.

Ante el deber de cumplir con estas premisas, resulta evidente, que el ejercicio de la medicina defensiva es una práctica que falta a estos principios básicos de la ética ya que al no ser el beneficio del paciente el enfoque principal del acto médico, sino el defenderse de las posibles acciones legales en su contra por resultados no deseables o la falta del cumplimiento de las expectativas del paciente:

No se respeta la autonomía sino se obliga al enfermo a someterse a un número innecesario de estudios paraclínicos no con el objeto de establecer un diagnóstico, sino con el propósito explícito de probar ante un juez que no sólo se cumplió sino se rebasó la obligación de medios.

Violándose también el principio de equidad ya que al realizar estudios, interconsultas y referencias y contra-referencias no justificables con base a *lex artis*, se evita, la posibilidad de que otros enfermos que realmente requieren de manera expedita estos recursos diagnósticos y terapéuticos no los reciban, viendo afectada su salud e inclusive su vida, independientemente del incremento en el costo que implica para el paciente o la institución, como se ha explicado anteriormente.

Otra situación no ética y que predispone al ejercicio defensivo de la medicina es la subrogación de los servicios de salud a empresas creadas por inversionistas privados con el único propósito de generar cuantiosas ganancias como lo son las Organizaciones Administradoras de Salud (OAS), ISAPRES en Sudamérica, Health's Maintenance Organizations (HMO's) e Independent Physicians Organizations (IPA's) en los Estados Unidos y las aprobadas por la Cámara de Diputados en México, Instituciones de Seguros Especializados en Servicios de Salud (ISESS) y asociaciones de servicios integrales de Salud (ASIS).

Estos proveedores de servicios de salud, con base a “excelentes resultados económicos” afilian preferentemente al segmento joven de la población y de bajo riesgo para sufrir enfermedades crónicas disminuyendo o difiriendo la oferta necesaria de servicios médico-

quirúrgicos y limitando el acceso oportuno a exámenes o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, organizando de “redes” de médicos, integradas no por los más capaces sino por aquellos que están dispuestos a regir su práctica clínica acatando políticas la ley mordaza, aceptando remuneraciones muy bajas y pagadas vía reembolso mediante tabuladores establecidos de manera unilateral, privilegiando este sistema mercantil el bajo costo y la eficiencia, provocándose inequidad y comprometiendo el futuro del desarrollo y progreso de la ciencia médica.

Las escuelas de medicina, son las primeras responsables en la preparación del médico, ofertando sus programas, profesores, y después corresponde a las instituciones de salud formar al médico tanto en pregrado como en el postgrado, ubicándose en este rubro, como el primer responsable en la manera de actuar del médico. Los nuevos modelos educativos han privilegiado la difusión de los avances tecnológicos y administrativos sobre el humanismo, la cultura, el manejo de las emociones y la comunicación, llama la atención que estas materias en la currícula universitaria y los programas educativos han prácticamente desaparecido y en el mejor de los casos aparecen como materias o créditos optativos. Con anterioridad el médico egresado de las facultades de medicina, poseía una vasta cultura y aprendía que existía realmente un compromiso moral más allá del contractual con el paciente, por lo que el médico se involucraba y establecía lazos afectivos con sus enfermos teniendo una excelente relación médico paciente.

Es de hacer notar, que actualmente es tan grande el avance de las ciencias y tan poco el interés que muestra el estudiante por otras áreas ajenas a la medicina que el egresado pocas veces conoce algo más que una pequeña parte del aspecto científico de la medicina, egresa de la licenciatura con pocas estrategias de comunicación y empatía, el lenguaje verbal y no verbal que ha aprendido a utilizar durante su formación, no es comprendido por el enfermo, generando distanciamiento y una relación médico paciente poco empática.

Los programas educativos actuales, han hecho que el médico en formación no aspire a ser inicialmente un médico integral, lo orientan desde el inicio a buscar ser un especialista en los más de los casos un subespecialista, que tiene un vasto conocimiento tan sólo en un fragmento del organismo del individuo, desestimando que el enfermo es una unidad psíquica, biológica y social, indivisible, condicionando que el egresado ejerza de manera técnica la medicina, justificando su actuar en la realización exagerada de tecnología y no el ejercicio del arte de la medicina.

Es precisamente por este apego a la tecnología y por el temor generado por el desconocimiento de sus derechos y obligaciones y de la normativa sanitaria que rige la práctica de la medicina, lo que lleva a este médico altamente tecnificado a asirse a lo que mejor conoce, en este caso, la tecnología, justificando en ésta, su actuar, practicando inconscientemente una medicina defensiva de tipo positivo.

Reconociendo los propios médicos la necesidad de actualización continua ante el avance acelerado de la medicina, se han preocupado por formar asociaciones, colegios y consejos, para favorecer una educación médica continua, realizando congresos nacionales, internacionales, regionales, cursos de educación médica, certificando y recertificando que el grupo de especialistas que los forman, están actualizados y poseen la capacitación científica necesaria, para ejercer la medicina o la rama de la misma en la que se han especializado.

Dando la certeza a la sociedad que el ejercicio de la medicina por sus agremiados reúne un estándar adecuado para proporcionar el servicio de atención médica que ofertan.

Estas mismas agrupaciones, mediante publicaciones periódicas, boletines y sistemas electrónicos de información cumplen también funciones de actualización permanente a sus agremiados, favoreciendo el compartir sus experiencias, aportando consensos y guías terapéuticas que mejoran la práctica diaria de la medicina basada en evidencia científica.

Insistimos es el conocimiento científico actualizado una de los mejores elementos disponibles para evitar la medicina defensiva.

Con el desarrollo de la medicina socializada, se intentó resolver las grandes necesidades de salud en el país, sin embargo debido a las crisis económicas que se han vivido en los últimos treinta años la demanda de atención ha superado a la capacidad física instalada en salud para dar respuesta a las necesidades sociales de atención médica.

El médico es presionado por las exigencias administrativas institucionales, la necesidad de conservar un trabajo mal pagado para sobrevivir, limitado en su libertad prescriptiva por cuadros básicos y lineamientos generados desde el escritorio y no desde la operatividad y además presionado por el usuario que exige atención y resultados inmediatos con tolerancia cero al error inherente a cualquier actividad humana, por lo que se encuentra entre la espada y la pared

La escasez de recursos, de insumos, de personal suficiente, al congelamiento de plazas, el retiro voluntario, y aspectos de mantenimiento inadecuado, de no sustitución oportuna de material y equipo médico, el diferimiento en la atención, las políticas institucionales de hacer más con menos, sobre cargas esclavizantes de trabajo, la falta de respeto al trabajador, la falta de elaboración de indicadores reales, exigencia de cumplimiento de metas irreales e inalcanzables, son algunas de las causas de conflictos y deterioro en la atención médica brindada.

Todos estos factores condicionan que la atención que el médico puede ofrecer al paciente institucional principalmente en los primeros y segundos niveles de atención, sea breve (hay diez o veinte pacientes más que ver y que están desesperados por ser atendidos), impersonal, precipitada, afectando notablemente la relación médico-paciente e incrementando la inconformidad, la insatisfacción y el número de quejas y demandas médicas.

Por otro lado, el médico institucional no tiene un respaldo real por parte de sus autoridades, quienes ante un caso de demanda rescinde al médico o a los médicos involucrados dejándolos afrontar solos el problema, contratando a otro elemento para ocupar su puesto de trabajo, fincando además responsabilidades administrativas para que sea el médico y no la institución quien indemnice al paciente en caso de una resolución judicial desfavorable.

Esto hace que el médico institucional se vea forzado a adoptar medidas defensivas: "ya vi 30 pacientes, no me toca, déjalo para el siguiente turno, que lo vean en la tarde, prográmalo en seis meses, solicítale todo y que venga en dos meses, pídele interconsulta, ya le avisé al asistente, mándalo a tercer nivel", y tantas frases más que hemos escuchado de manera cotidiana, que reflejan el temor del médico a cometer un error, a buscar responsabilidad en otros especialistas y a cuidar su fuente de trabajo, descuidando el objetivo principal, que es el bienestar del enfermo a su cargo.

Basta revisar que el mayor número de demandas y quejas médicas se hacen en contra de las instituciones de medicina social más importantes del país el IMSS y el ISSSTE para inferir que el clima laboral en estas instituciones favorece el ejercicio de la medicina defensiva.

Es necesario hacer notar, la influencia de la industria del litigio como generadora de desconfianza y deterioro de la relación médico-paciente.

Basta señalar que las aseguradoras y los abogados 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, ya que de manera lógica aseguradoras y abogados obtienen cuantiosos beneficios económicos por ambos lados, incitando al paciente a quejarse y a demandar y al médico a adquirir seguros de mal praxis.³⁰

Es 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.

De allí el refrán popular que dice: **"Quieres vivir de la medicina, estudia leyes"**.

Comentaba el 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".¹⁵

En efecto del ejercicio de la medicina basado en una buena relación médico-paciente, en la confianza y en una preparación humanística y científica sólida es el ideal que el médico debe aspirar en todos sus actos médicos.

El interés primordial del médico debe centrarse en poner sus conocimientos, habilidades y actitudes al servicio

del paciente proporcionando una atención respetuosa hacia él y su familia a pesar de enfrentar un resultado desfavorable, ya que el manejo basado en conocimientos y destrezas actualizados y apegados a las normas y a las guías que rigen el ejercicio científico, ético y humanista de la práctica médica (*lex artis*) es la mejor manera de evitar el riesgo implícito en el ejercicio de la profesión y las posibilidades de litigio, situación que no se evita mediante el ejercicio de la medicina defensiva.

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.

Y entonces ¿Qué alternativas tiene el médico para poder disfrutar el ejercicio de su profesión, sin miedos ni zozobras?

Inicialmente el médico debe esforzarse en mejorar en cuatro habilidades principales:

Primera: El médico debe conocer la normativa Sanitaria y a través de ella, cuáles son 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.

La *medicina asertiva* propuesta por Tena y colaboradores, se opone a la práctica de la medicina defensiva y la insatisfacción del médico en su práctica profesional, proponiendo cuatro acciones concretas relacionadas con los puntos anteriormente expuestos:^{1,5,9,16}

1. Mantener una educación médica continua que permita tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad y sin temor a un resultado inesperado.
2. Exigir el respeto de los derechos como médico.
3. Respetar y proteger los derechos de sus pacientes.
4. Mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada con su paciente, para lograr el fin que los mantiene en ese momento unidos, la salud física,

emocional y social (familiar, laboral, etc.) de su enfermo, generando confianza y empatía.

Aunque en el terreno profesional, la conducta asertiva suele ser más eficaz para conseguir objetivos que la conducta agresiva o pasiva, es menester señalar que no está planeada para que el individuo consiga siempre lo que quiera, ni tampoco elimina la posibilidad de conflicto, sin embargo 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.^{1,9}

Conclusiones

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.

Son muchos los factores que generan esta práctica médica relacionados con una mayor exigencia por parte del usuario (pacientes y familiares), las instituciones, las compañías aseguradoras, la industria del litigio, etc. Ante ello la alternativa más viable es la práctica de la Medicina Asertiva basada en una preparación médica sólida, con actualización constante, utilizando estrategias de comunicación que fortalezcan la relación médico-paciente y la confianza mutua, con conocimiento de sus derechos tanto como los derechos de los pacientes y velando por que éstos se cumplan y se respeten.

Referencias

1. Tena C, Hernández F. *La Comunicación Humana en la Relación Médico-Paciente*. Editorial Prado 2ª edición México D.F. 2007.
2. Studdert D, et al. Defensive Medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293: 2609-2617.
3. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; 312: 1308.
4. Farías J. *Aumentan las demandas y litigios por mala praxis*. www.sobreseguros.info/index.php Na 18
5. Tena C, Sánchez M. Medicina Asertiva: una propuesta en contra de la Medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73: 553-559.
6. Baiker K, Chandra, A. Defensive Medicine and disappearing. *Doctors Regulation, Fall* 2005: 21-30.
7. González J. *Medicina defensiva*. <http://www.jornada.unam.mx/2005/04/04/003n1sec.html>
8. CONAMED Página Web www.conamed.gob.mx
9. Rodríguez H. De la Medicina defensiva a la medicina asertiva. *Rev Med Urug* 2006; 22: 167-168.

10. Lavalle H. La medicina defensiva es cada vez más costosa. <http://www.clarin.com/diario/2006/06/05/opinion/o-01208899.htm>
11. Solomon R. Ethical issues in Medical Malpractice. *Emerg Clin N Am* 2006; 24: 733-747.
12. Tena C, Manuell, G. 10 años de arbitraje médico en México, Secretaría de Salud 2006.
13. Rivero O. Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. Memoria del IV Simposium Internacional CONAMED, Capítulo II, México D.F. 2000: 87-92.
14. Barreda I. La Medicina defensiva: tendencias y experiencias en el ámbito europeo e internacional. Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED, Capítulo II, México D.F. 2000: 93-96.
15. Arrubarena VM. La actualización permanente del conocimiento como medio para combatir la medicina defensiva. Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED, Capítulo II, México D.F. 2000: 116-119.
16. Lozano J. La actualización permanente del conocimiento como medio para combatir la medicina defensiva Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED, Capítulo II, México D.F. 2000: 111-115.
17. Fernández H. La medicina defensiva en el marco de la subrogación de los servicios de la seguridad social. Memoria del IV Simposio Internacional CONAMED, Capítulo II, México D.F. 2000: 97-103.
18. Summerton N, Graham J. Effects of the medical liability system in Australia, UK and USA. *Lancet* 2006; 368: 240-246.
19. U.S. Congress Office of technology assessment. Defensive medicine and medical malpractice. <http://www.wws.princeton.edu/ota/disk1/1994/9405/9405.PDF>
20. Sánchez JM, et al. Medicina defensiva en México. *Cir Ciruj* 2005; 73: 199-2006.
21. Paredes R. Ética y Medicina defensiva. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm
22. Rodríguez C. Medicina defensiva, a la caza del médico. economiadelasalud.com/.../08/08_enportada/08_enportada_medicina.htm
23. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *NEJM* 2004; 350: 69-75.
24. Reynolds R, et al. The cost of medical professional Liability. *JAMA* 1987; 257: 2776-2781.
25. Bladwing L, et al. Defensive medicine and obstetrics. *JAMA* 1995; 274.
26. Hershey N. The defensive practice of medicine. *Millbank Quarterly* 1972; 50.
27. Kessler D, McClellan Do doctors practice defensive medicine? *Quarterly Journal of economics*, 1996; 11.
28. Tancredi L. The problem of defensive medicine. *Science* 1978; 200: 879-82.
29. Castañeda G. *El arte de hacer Clientela*. Editorial Méndez Cervantes.
30. Summerton N, Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; 310: 27-29.