



Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva

Carlos Tena Tamayo,* Jorge Manuel Sánchez González*

RESUMEN

Hoy, más que nunca, la relación médico-paciente se encuentra deteriorada por diversos factores, entre los que destaca la demanda que ha propiciado la práctica de la medicina defensiva, actitud que en muchos países ha demostrado ser inapropiada, costosa y poco ética. La medicina defensiva hace más grande la distancia entre el médico y sus pacientes. Para revertir en nuestro país el efecto nocivo de dicha práctica y combatir sus efectos, que vician la comunicación entre médico y paciente, se propone que los médicos lleven a la práctica acciones que permitan renovar en sus consultas la esencia de la medicina humanista y se restaure la relación. Estas actitudes, en su conjunto, conforman una propuesta de práctica profesional denominada medicina asertiva. La propuesta de ésta se resume en cuatro puntos: 1) mantener una comunicación verbal y no verbal adecuada con cada paciente, 2) permanecer en continua actualización de conocimientos, habilidades y destrezas, 3) respetar los derechos de sus pacientes y 4) defender sus derechos como médico.

Palabras clave: medicina asertiva, medicina defensiva, comunicación médico-paciente.

ABSTRACT

More than ever the physician-patient relationship is deteriorated by diverse factors, among these liability complaints stand out, and have propitiated the practice of defensive medicine, an attitude considered in many countries as inappropriate, expensive and unethical. Defensive medicine widens the distance between a physician and his patient. To revert this vice and its noxious effects which corrupt the patient-physician relationship in our country, we propose that physicians put to practice actions which permit the renewal of the essence of humanistic medicine in their daily practice and the restoration of the relationship. These changes in attitude sum up to a proposition of professional practice which we have denominated assertive medicine. This offer is resumed in four points: 1) Maintain a proper verbal and non verbal communication with each patient, 2) Keep continuously up to date skills, knowledge and abilities, 3) Respect the patient's rights and 4) Defend their own rights as physicians.

Key words: assertive medicine, defensive medicine, physician-patient communication.

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, plus que jamais, la relation médecin-patient se trouve détériorée par des facteurs divers, parmi lesquels la demande qu'a provoquée la pratique de la médecine défensive est mise en relief, attitude qui dans beaucoup de pays a démontré d'être inappropriée, coûteuse et peu éthique. La médecine défensive accroît la distance entre le médecin et ses patients. Afin de renverser l'effet nocif de cette pratique et de combattre ses conséquences, qui altèrent la communication entre médecin et patient, dans notre pays on propose que, dans leurs consultations, les médecins mettent en pratique des actions qui permettent de renouveler l'essence de la médecine humaniste et de restaurer la relation. Ces attitudes, dans leur ensemble, conforment une proposition de pratique professionnelle nommée médecine assertive. La proposition de celle-ci se résume en quatre points : 1) maintenir une communication verbale et non verbale adéquate avec chaque patient, 2) rester dans une continuelle mise à jour de connaissances, habiletés et adresses, 3) respecter les droits de ses patients et 4) défendre ses droits comme médecin.

Mots-clé : médecine assertive, médecine défensive, communication médecin-patient.

RESUMO

Hoje, mais do que nunca, a relação médico-paciente encontra-se deteriorada por diferentes fatores, entre os quais destaca-se a demanda que tem causado a prática da medicina defensiva, atitude que, em muitos países demonstrou já ser inapropiada, de alto custo e pouco ética. A medicina defensiva acrescenta a distância entre o médico e os seus pacientes. Para reverter o efeito nocivo de dita prática no nosso país e combater os seus efeitos, que viciam a comunicação entre o médico e o paciente, propõe-se que os médicos levem à prática ações que permitam renovar nas suas consultas a essência da medicina humanística e a relação seja restaurada. Essas atitudes, no seu conjunto, conformam uma proposta de prática profissional denominada medicina assertiva. A proposta desta pode se resumir em quatro pontos: 1) manter um tipo de comunicação verbal e não verbal adequada com cada paciente; 2) permanecer em continua atualização de conhecimentos, habilidades e destrezas; 3) respeitar os direitos dos seus pacientes e 4) defender os direitos deles como médicos.

Palavras chave: medicina assertiva, medicina defensiva, comunicação médico-paciente.

La relación médico-paciente debe considerarse una amistad o reciprocidad en el sentido aristotélico clásico: “La relación entre dos virtuosos iguales”. Esta reciprocidad se consideró un principio de ética médica hasta el siglo XIX, según el enfoque de Desiderio Erasmo de Rotterdam (1466-1536), sacerdote renacentista, quien en su *Oración en Alabanza del Arte de la Medicina* describió las obligaciones morales del médico: competencia, beneficencia y diligencia, mientras que las del paciente las enmarcó en: gratitud y recompensa.¹ Por su parte, Milton Erickson decía que es la colaboración entre dos expertos: el paciente experto en sí mismo y el médico experto en la ciencia.²

El concepto anterior se modificó a partir de la Revolución Industrial, cuando los campos del conocimiento humano cambiaron en su apreciación. La medicina no fue la excepción y el cambio en la relación médico-paciente se centró en un distanciamiento técnico entre ambos integrantes. A pesar de esto, se ha estado intentando recuperar la esencia de la medicina, que lejos de ser la tecnología es el humanismo lo que la enmarca. El humanismo médico lleva implícitos: la beneficencia, la capacidad de dar, el empleo diligente de la empatía, la cual se ejemplifica con frecuencia como “ponerse en los zapatos del otro”.³

En la búsqueda de ese humanismo, distintas organizaciones de todo el mundo han publicado la “Carta del profesionalismo médico en el nuevo milenio”, que enuncia como principios fundamentales: el bienestar de los pacientes, su autonomía y la justicia social. Y se acompaña, además, de una declaración de diez compromisos profesionales, entre los que destacan: la competencia, honestidad, confidencialidad, distribución justa de los recursos sanitarios, compromiso para mejorar la calidad de la atención y el mantenimiento de buenas relaciones con el paciente.⁴

* Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

** Director General de Difusión e Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, DF.

Correspondencia: Dr. Carlos Tena Tamayo. Mitla 250, colonia Vértiz Narvarte, 03020, México, DF. E-mail: ctena@conamed.gob.mx
Recibido: septiembre, 2005. Aceptado: septiembre, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El trabajo profesional se ve afectado por nuevos desafíos. Smith y Ham describieron prolijamente el “pacto implícito” que sustentó la relación entre médicos, pacientes, sociedad y gobierno. En el siglo antepasado sólo existían, por una parte, profesionistas independientes que ofrecían sus servicios, autorregulados por fuertes tradiciones y lineamientos técnicos, éticos y morales definidos por el gremio médico y, por la otra, los pacientes que les depositaban su confianza y les retribuían directamente. Este entorno viró hacia la muy necesaria creación de los sistemas gubernamentales de salud que debían controlar sus presupuestos, que provenían de los impuestos pagados por la sociedad, misma que comenzó a organizarse y a exigirle a médicos e instituciones resultados siempre favorables.^{5,6} 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. En forma paralela, en el mundo desarrollado se sugiere que algunas de las experiencias estresantes de los grupos profesionales se reflejan en la economía global, debido a la influencia masiva e instantánea de la comunicación, el acceso a la información y el crecimiento de la complejidad legal y ética de nuevos acuerdos organizacionales y transacciones públicas.⁷

Mientras, los médicos atribuyen su descontento a la contención de los gastos en salud, y a los cambios culturales, ideológicos, tecnológicos y económicos de las sociedades modernas.⁸

Además, nuevos factores externos afectan la relación médico-paciente entre los que destacan: la presión de los terceros pagadores y el miedo a las demandas y litigio, que han provocado que los médicos sean más “cuidadosos”, pero las mejoras del sistema de salud no se han demostrado.⁹ 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.

El conjunto de las situaciones descritas inspira temor en el médico, temor que por sí mismo induce a la medicina defensiva, y lleva a otro tipo de problemas. Como ejemplo, Estados Unidos, cuyo sistema de seguridad en el campo de la salud se basa en el pago de primas por cobertura. El problema de la demanda médica ha llevado a incrementos en los costos de primas de seguros de responsabilidad profesional, que en el caso de algunas especialidades médicas es exorbitante, razón por la que los médicos a menudo alteran su comportamiento clínico debido a lo amenazante de la responsabilidad por mala práctica. En un estudio reciente, efectuado en aquel país, se encontró que los practicantes de la medicina defensiva que detallaron su acto defensivo más reciente, refirieron que utilizaron tecnología de imagen en circunstancias clínicas innecesarias y no evitaron los procedimientos a los pacientes, aun a pesar de que los percibieron con elevada probabilidad de litigio.¹⁰ Esto no ha detenido el aumento de quejas y se ha propiciado la disminución de cierto tipo de práctica de especialidad en algunos de los estados que alcanza, incluso, el retiro temprano o el cambio de localidad. Esta disminución en la oferta médica impacta de manera directa a los servicios disponibles y el acceso al cuidado a la salud; es decir, impacta en la calidad de los servicios que se prestan a su población.

Aunado a este grave panorama, un análisis de la Asociación Médica Americana (AMA) mostró que las demandas médicas han llevado a proporciones de crisis a 19 estados, mientras que otros 35 se encuentran al borde de la misma. ¿En que consiste esa crisis? La AMA considera que es crisis cuando una mujer en trabajo de parto normal o de alto riesgo no tiene un obstetra disponible, o cuando un niño de nueve años de edad sufre un traumatismo craneo-encefálico y no hay neurocirujanos en esa región.¹¹

En el verano del 2003, el único pabellón hospitalario de maternidad en funciones en el sur de Filadelfia cerró sus puertas debido a los costos de los seguros de responsabilidad médica. Hoy, ningún hospital del sur de Filadelfia atiende partos, y 7 de los 39 pabellones de maternidad han cerrado o están por hacerlo. Esto ha propiciado el éxodo de médicos a otros estados, sobre todo de las especialidades de alto riesgo y de los médicos de reciente egreso. En otros estados el fe-

nómeno aún no ha tomado tales proporciones, pero está comenzando a suceder.¹²

El cambio de actitud y el entorno socio-cultural afectan a ambos integrantes del binomio: los pacientes están ahora más educados, son más activos y ejercen su autonomía intensamente; están más orientados a obtener información de fuentes diferentes al médico, y muy probablemente ejerzan un juicio independiente a la opinión del médico, lo cual se apega a su autonomía.¹³

El paciente de hoy tiene más información pero también puede, al igual que el médico, confundirse por la opinión de expertos y recomendaciones médicas, que pueden ser no sólo distintas sino, incluso, contradictorias. Los médicos tienen que explicar las diferencias de opinión y están presionados para prescribir tratamientos, realizar estudios u otros procedimientos que los pacientes no prefieren, lo que dificulta la relación. Esto podría resolverse si se dispusiera 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,^{8,14} situación que se estudia desde diferentes enfoques, que parten del estudio de los factores humanos que afectan los diferentes elementos de la relación médico-paciente como parte de un sistema, y que generan errores.¹⁵ El daño inducido por el médico puede ocurrir por múltiples factores y, en ocasiones, por la interrelación de ellos. Algunos de estos elementos son: la infraestructura incompleta, la capacitación insuficiente o de baja calidad, la falta o escasez de recursos, la historia natural de las enfermedades, las condiciones médicas coexistentes y los factores de riesgo. Además, la falta de acceso a un servicio médico disponible, los efectos tóxicos reconocidos de las terapias apropiadas, los razonamientos clínicos desenfocados y fallas fortuitas en la ejecución de intervenciones médicas. El conjunto de todo esto puede llevar al error.^{15,16}

Se está profundizando en el estudio del error porque debemos reconocer que aunque éste puede evitarse en un caso individual, en realidad puede ser

estadísticamente inevitable en la carrera de un médico. Se calcula que en Estados Unidos los gineco-obstetras serán demandados, en promedio, 2.3 veces durante su carrera, y 80% de estos especialistas serán objeto de inconformidad médica por parte de sus pacientes, en una o más ocasiones.¹⁷ La infalibilidad del médico es una creencia ampliamente difundida. Aún puede retomarse el camino. En nuestro país, recientemente, se aplicó una encuesta a médicos residentes en formación al iniciar un seminario de prevención del conflicto; alrededor del 40% aseguraron que la buena práctica de la medicina consiste en comprometerse a curar al paciente.¹⁸

El error en medicina lo definen algunos autores como una falla en lograr una expectativa realista, lo cual no implica una falta y reconoce la falla como algo de un mundo imperfecto, que pone el punto central en perfeccionar el sistema para optimizar su funcionamiento.¹⁹ Otra definición lo menciona como el uso involuntario de un plan equivocado para lograr un objetivo, o el fracaso para llevar a cabo una acción planeada.²⁰

Esto nos lleva a afirmar que la comprensión de la verdadera frecuencia y naturaleza del error médico es complicada por todas las variables que lo conforman, así como por las diferentes definiciones y métodos usados en su estudio. Comprender la frecuencia y naturaleza del error médico en la atención médica, es el primer paso en el desarrollo de políticas para reducir el daño y mejorar la seguridad del paciente. El sistema de atención sería más justo si los pacientes que han resultado lesionados durante la asistencia médica tuvieran acceso a un adecuado apoyo y rehabilitación. A todo esto debemos agregar otro enfoque, en donde si bien los errores son involuntarios, las transgresiones o violaciones son deliberadas. Runciman reportó que la mayor parte de los sistemas médicos actúan en el límite entre la transgresión y el error.¹⁹

La solución de los errores no estriba sólo en responsabilizar o castigar al individuo, sino en revisar el sistema para reducir el riesgo de error y limitar y manejar las consecuencias cuando los errores ocurren.

El objetivo, entonces, es detectar la mayor cantidad posible de factores que contribuyen al error y, poste-

riormente, clasificarlos en los que de resolverse mejorarían el sistema de salud o ayudarían a elevar la calidad del cuidado de salud otorgado al paciente, y contribuirían a que el personal que produjo el error reciba mejor capacitación para evitar que vuelva a cometerse la misma falla.^{20,21}

Aunque no se han estudiado, algunas causas que se antojan razonables para ocultar los errores son: miedo a perder la confianza, autonomía y respeto de sus compañeros, ser ridiculizado, segregado, catalogado como incompetente, tener dificultades para obtener referencias e incertidumbre sobre su futuro profesional.^{14,20}

Otro elemento negativo para el médico, que empezó a vislumbrarse a partir del decenio de 1970, es el fenómeno del síndrome de *burn-out*. Este síndrome se ha traducido como “agotamiento profesional” y originalmente lo describió Freudenberg como endémico en oficios y profesiones que ofrecen “servicios humanos” y deben mantener una relación continua de ayuda hacia otras personas: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros o policías, y se caracteriza por una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivación.²² Empobrece la calidad de vida del profesional que lo sufre e influye colateralmente en las personas que están alrededor del profesional con *burn-out* y que padecen su actitud, que suele ser apática y negativa, generando una comunicación poco asertiva, por lo que se debería identificar como un problema que limita la comunicación.

Junto con lo anterior debe reconocerse que algunos pacientes pueden resultar con algún daño por problemas surgidos del mismo proceso de atención de la salud, tanto por factores inherentes del paciente, como por fallas del sistema, ya sea por falta de recursos, actos que transgreden las normas, o deficiencias en la preparación del personal, por lo que la solución no recae en dar de baja a una persona, sino en revisar a fondo el sistema y proponer y realizar los cambios necesarios para tratar de evitar el error. Todos los médicos deben desarrollar la capacidad de reconocer, divulgar y aprender del error médico. Una recomendación para adquirir esta capacitación se describió desde 1957, en los Principios de Ética Médica de la American Medical Association: “Los médicos deben reportar un accidente, daño o mal resultado producido por el tra-

tamiento del paciente. El mejoramiento de la calidad se puede dar admitiendo y perdonando los errores e induce su reducción.^{19,20,21}

Una “barrera” muy frecuente para generalizar la divulgación de errores médicos es creer que reconocer el error incrementa la posibilidad de ser demandado. Sin embargo, algunos autores determinaron que es a la inversa: los pacientes a quienes se explica el error, sus causas, sus consecuencias y el tratamiento que se dará, demandaron menos. En entrevistas con familias que demandaron al médico declararon que sufrieron mayor estrés, por lo que consideran falta de honestidad y humildad del médico y del hospital, situación concomitante con el desconocimiento de las herramientas de comunicación.¹⁶

Los frentes para contender contra el error deben ser múltiples y todos deben estar involucrados: médicos, pacientes, aseguradoras, abogados, administradores de los hospitales y los terceros pagadores. Mejorar la información que reciben los pacientes es una herramienta simple y accesible para ejercer mayor regulación.

Las reformas deben tener su centro de atención en capacitar al médico para que cuente con la habilidad para actuar, reducir el daño, mejorar su comunicación con el paciente y centrarse en “primero no dañar”, lo que previene la mala práctica y la conducta litigiosa.^{19,20}

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Para que en nuestro país se revierta el efecto nocivo de los factores mencionados, que están comenzando a contaminar la práctica profesional de la medicina ocasionando el rompimiento de la relación médico-paciente, generando la medicina defensiva y, por ende, ciclando negativamente la comunicación entre ambos miembros del binomio, deben efectuarse acciones que reviertan tal tendencia. Del análisis que en la CONAMED se efectúa de las quejas, se ha encontrado que un alto porcentaje (> 60%) se deriva de una inapropiada comunicación o una información no proporcionada o brindada en términos incomprensibles para el paciente, sin retroinformación y sin empatía.

La institución ha sistematizado la información recabada en sus casi 10 años de existencia, para devolverla a la sociedad como conocimiento estraté-

gico, para la prevención del conflicto y ha coordinado acciones con los colegios, asociaciones y consejos de especialidad. Estas actividades, sumadas a la utilización de métodos alternos de resolución de conflictos entre el médico y sus pacientes, contribuyen a recuperar la confianza de la población en los servicios de salud.

Esas acciones, que se han efectuado con instituciones de salud públicas y privadas se han enfocado a enfrentar el problema en forma integral, de tal manera que médicos y pacientes logren el objetivo básico de superación constante del sistema de salud, la confianza, la cual se transforma en insumo impostergable de una medicina humanista que tenga como principio el respeto a la dignidad humana.

Y ¿qué debe hacer el médico? La respuesta es muy amplia; comencemos por plantear tres propuestas. En primer término, conocer cuáles son sus obligaciones. Es necesario que durante todo su ejercicio profesional tenga presente que la medicina es tan ciencia como arte. Para cumplir con la parte científica y técnica es imprescindible que el médico obtenga los conocimientos actualizados para ajustarse a la *Lex artis* médica, tiene que mantener una educación médica continua efectiva, para poder orientar todos los medios a su alcance y ayudar a sus pacientes. Además, debe conocer las herramientas de la comunicación que, como ya se mencionó, son de los factores que hoy en día se cierran negativamente en la relación médico paciente, pues se ha demostrado que la mayoría de los médicos las desconoce y no las aplica en la práctica cotidiana.

Los médicos también deben saber cuáles son sus derechos: sólo conociéndolos tendrán la oportunidad de exigir que se respeten.²³ Si lo logran generarán confianza en sí mismos, y en el paciente; pero, si además respetan y observan los derechos de sus pacientes,²⁴ entonces la relación será más cordial y reforzará la confianza de los enfermos. Si además se convencen que tienen que aprender y poner en práctica las herramientas de la comunicación humana, entonces podrá mejorar el entendimiento con sus pacientes.

En resumen, deben realizarse cuatro acciones: 1) mantener una educación continua que permita tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad, sin temor a un resultado inesperado; 2) respetar los derechos de los pacientes; 3) exigir que se respeten

sus derechos como médicos; y 4) mantener una adecuada comunicación con los pacientes y sus familiares. Si se actúa de esta manera, en lugar de medicina defensiva se practicará la “medicina asertiva”.

Ser asertivo implica tener este tipo de actitudes: seguridad, respeto y buena comunicación. La práctica de la medicina asertiva favorece la confianza del paciente y facilita la buena relación médico-paciente.

Asertivo, según el diccionario de la Real Academia Española, significa afirmativo, el que afirma con certeza algo. Lange plantea que la asertividad implica la expresión y defensa de los derechos y opiniones en forma honesta directa y apropiada, sin violentar los derechos de los demás, basándose en el respeto y en la comunicación.²⁵ En términos claros, acuñados para el ámbito de la psicología y la comunicación, la asertividad es una parte de la comunicación del individuo que le permite garantizar que los mensajes que transmite son lo suficientemente claros y directos, expresando lo que cree, siente y piensa de manera directa en el momento oportuno, para evitar una interpretación inadecuada, verificando, para sí mismo, el contenido de los mensajes que recibe, interpretándolos con la misma objetividad referida. Motivo de sendos reportes ha sido el estudio de la interacción que se da en las relaciones interpersonales, que puede ser una fuente de satisfacción si existe una comunicación abierta y clara; si la comunicación es confusa, puede originar problemas de interpretación.

Otro aspecto en el que se ha estado insistiendo en la comunidad científica es el respeto a los derechos de los demás, para ejemplificarlo tomaremos lo que en 1978 Alberty y Emmons definieron sobre la asertividad y el respeto a los derechos de los demás: “En un contexto cultural determinado, una conducta socialmente habilidosa o asertiva será la que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer sus derechos personales, sin negar los derechos de los demás”.²⁶

La ventaja de aprender y practicar comportamientos asertivos es que se hacen llegar a los demás, los propios mensajes expresando opiniones, mostrándose considerado. Se consiguen sentimientos de seguridad y el reconocimiento social. Sin duda, el comportamiento asertivo ayuda a mantener una alta

autoestima. En todo caso, para cultivarse como asertivo, es completamente imprescindible tener bien claro el hecho que tanto el estilo agresivo, como el pasivo, por lo general, no sirven para conseguir los objetivos deseados. En el terreno personal, sin duda, la conducta asertiva suele ser la más eficaz para conseguir objetivos que la agresiva o la pasiva, pero no está planeada para que el individuo consiga siempre lo que quiere. Tampoco elimina la posibilidad de conflicto, siempre se tienen que valorar las consecuencias a corto y largo plazo.

Sólo interpretando a los diferentes autores y encauzándolos, para efectuar en la práctica un comportamiento asertivo, construiremos la propuesta del concepto de medicina asertiva –propuesta que hacemos para combatir la medicina defensiva y la insatisfacción de los médicos con su práctica profesional.²⁷

Con base en lo anterior puede precisarse que un médico asertivo es aquel que tiene confianza en sí mismo, porque está seguro de sus conocimientos, de sus opiniones, de sus intenciones; es expresivo, espontáneo y seguro, por lo cual ejerce un verdadero liderazgo en la relación médico-paciente a través de un modelo de comunicación deliberativo, respeta los derechos de los demás y promueve que se respeten los suyos.

CONCLUSIONES

Un médico con conocimientos, un médico que se comunica asertivamente y respeta a los pacientes y hace que respeten sus derechos como médico, es un médico que no debe tener temor a las demandas médicas, es un médico que no debe de tener miedo a la denuncia, es un médico que no tiene que estar a la defensiva con su paciente sino siempre ocupado en lograr para él, el máximo beneficio posible. Es un médico que por encima de todo se encuentra satisfecho con su práctica profesional, un médico que tiene claro que su profesión y estudios son para ofrecer un servicio de calidad a otro ser humano que manifiesta una situación que lo confronta con su aspecto físico e, indirectamente, con la posibilidad de la muerte, que lo sitúa en desventaja, por lo que la actitud del médico con el apoyo del equipo de salud, debe ser de ayuda,

no de confrontación. Todo ello, sin duda, forja mayor satisfacción del trabajo realizado.

REFERENCIAS

1. Albury WR, Weisz GM. The medical Ethics of Erasmus in the physician-patient relationship. *Med Human* 2001;27(1):35-41.
2. Robles T. Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia. México: Alom, 1990;p:223.
3. Coulehan JL, Platt FW, Eger B, Frankel R, et al. "Let me see if I have this right..." Words that build empathy. *Ann Intern Med* 2001;135 (3):221-7.
4. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002;136(3):243-6.
5. Smith R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001;322 (7294):1073-4.
6. Ham K. The medical profession, the public, and the government. *BMJ* 2002;324(7341):838-42.
7. Palmisano DJ. Health care in crisis: the need for a medical liability reform. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2005;5(1):371-83.
8. Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA* 2003;290(7):941-6.
9. Schoenbaum SC, Bovbjerg RR. Malpractice reform must include steps to prevent medical injury. *Ann Intern Med* 2004;140(1):51-53.
10. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293(21):2609-17.
11. Kereiakes DJ, Willerson JT. Health care on trial: America's medical malpractice crisis. *Circulation* 2004;109(24):2939-41.
12. Brooks RG, Menachemi N, Hughes C, Clawson A. Impact of the medical professional liability insurance crisis on access to care in Florida. *Arch Intern Med* 2004;164(20):2217-22.
13. Povar GJ, Blumen H, Daniel J, Daub S, et al. Ethics in practice: managed care and the changing health care environment. *Ann Intern Med* 2004;141(2):131-36.
14. Bates AS, Harris LE, Tierney WM, Wolinsky FD. Dimensions and correlates of physician work satisfaction in a midwestern city. *Med Care* 1998;36(4):610-17.
15. Cosby KS. A framework for classifying factors that contribute to error in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2003; 42(6):815-23.
16. Weingart SN, Iezzoni LI. Looking for medical injuries where the light is bright. *JAMA* 2003;290(14):1917-9.
17. Ansbacher R, Richards BC. Professional liability: Not just caps on indemnity. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60(9):559-61.
18. Rivera-Cisneros AE, González NJ, Martínez-López S, Campos-Castolo M, et al. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica. *Cir y Cir* 2003;71(3):210-6.
19. Runciman WB, Merry AF, Tito F. Error, blame, and the law in health care, an antipodean perspective. *Ann Intern Med* 2003;138(12): 974-9.
20. Hevia A, Hobgood Ch, Lewin M. Medical error during residency: tell or not to tell. *Ann Emerg Med* 2003;42(4):565-70.
21. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: Understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 2003;20(3):231-6.
22. Gonçalves-Estella F, Aizpiri-Díaz F, Barbado-Alonso JA, Cañones-Garzón PJ, et al. Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina General* 2002;43:278-83.
23. Tena TC, Ruelas BE, Sánchez-González JM, y col. Derechos de los médicos: experiencia mexicana para su determinación y difusión. *Rev Med IMSS* 2003;40(6):503-8.
24. Tena TC, Ruelas BE, Sánchez-González JM, y col. Derechos de los pacientes en México. *Rev Med IMSS* 2002;40(6):523-9.
25. Lange NP, Jakubowaki PA. Assertive behavior and clinical problems of women. In: Alberti RE (ed). *Assertiveness: Innovations, applications, issues*. California: Impact, 1976;pp:415-7.
26. Alberti RE, Emmons ML. *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. California: Impact, 1978;pp:75-86.
27. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *NEJM* 2004; 350(1):69-75.