

Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud

The defensive medicine, its impact on health institutions

Dr. Manuel Ortega-González¹, Dr. Juan Manuel Méndez-Rodríguez², Dr. Fidel Heminio López-López³

Resumen

Introducción. La medicina defensiva (MD) puede considerarse como el “cáncer de la medicina”, por los estragos económicos que ocasiona, por su progreso evidente y porque indica el alto grado de alteración de la práctica médica, sobre todo en la ruptura de la relación médico paciente.

Material y métodos. Se realizó una encuesta en el estado de Oaxaca, durante los meses de septiembre a noviembre del 2008, mediante la aplicación de un cuestionario de 17 reactivos, con preguntas claves dirigidas para detectar medicina defensiva, con participación de médicos de diferentes regiones del Estado.

Resultados. Se recopilaron 182 encuestas, en las cuales se detectó que 140 (76.9%) presentan algún grado de medicina defensiva en su práctica profesional, de estos, fue incipiente en 55 (39.2%), evidente en 55 (40.7%) y muy manifiesta en 28 (20%). Al analizar el grado de preparación de la población encuestada, se encontró que 38 (20.8%) tenían una especialidad y 144 (79.1%) eran médicos generales. De los 38 médicos especialistas 25 (65%) tenían algún grado de MD y de los 144 médicos generales 117 (81%)

llevan a cabo prácticas de MD. También se detectó que la MD es más frecuente en aquellos médicos sin certificación por sus Consejos respectivos.

Conclusiones. Nuestro estudio demuestra que la MD es más baja que en otros países, con alta conducta litigiosa. Comparando con cifras detectadas en nuestro País en el año 2005 por los doctores Tena y Sánchez quienes encontraron una frecuencia del 61.3% de “médicos defensivos”, nuestro estudio muestra un incremento notable (76.9%), por lo que debe establecerse políticas específicas para disminuir la MD y de esa manera, contribuir a disminuir los gastos económicos de las institucionales, de los pacientes y del propio médico. La forma eficaz de contrarrestar la MD es mediante actitudes que lleven a mejorar la relación médico-paciente (comunicación entre otros), sujetarse a lo establecido en la “lex artis médica”, respetar los derechos de las y los pacientes y hacer respetar sus derechos, como profesionales de la salud. Lo anterior se conoce con el nombre de *medicina asertiva*. *Rev. CONAMED. 2009;14(1):4-10.*

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

¹ Presidente de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca (CEAMO).

² Presidente de la Sociedad de Médicos Generales de Oaxaca.

³ Director de Difusión e Investigación, CEAMO.

Abstract

Introduction. The defensive medicine can be considered like the "cancer of the medicine" by its economic damage that it causes, by its evident progress and because it indicates the high degree of alteration of the medical practice, mainly in the rupture of the patient-physician relationship.

Material and methods. A survey was realised in the state of Oaxaca, during the months of September to November of the 2008, by means of the application of a questionnaire of 17 reagents with questions directed keys to detect defensive medicine (MD) participating 300 doctors of different regions from the State.

Results. of 180 survey doctors, it was detected that 140 (76.9%) present/display some these, defensive medicine degree in their professional practice, was incipient in 55 (39.2%), evident in 55 (40.7%) and very manifest in 28 (20%). When analyzing the level of training of the survey population, was that 38 (20.8%) had a specialty and 144 (79.1%) were general practitioners. Of 38 specialistic doctors 25 (65%) they had some degree of MD and of 144 general

practitioners 117 (81%) they carry out MD practical Also was detected that the MD is more frequent in those doctors without medical certification by his respective Boards.

Conclusions. our study demonstrates that the MD is lower than in other countries with high litigious conduct. Comparing with numbers detected in our Country in 2005 by doctors Tena and Sanchez who found a frequency of the 61.3% of defensive doctors, our study shows a remarkable increase (76.9%), reason why must settle down political specific to diminish the MD and of that way, to contribute to diminish the economic expenses of the institutional ones, the patients and the own doctor. The effective form to resist the MD is by means of attitudes that take to improve the relation doctor-patient (communication among others), to subject to established in lex artis medical and to respect the rights of and the patients and to make respect their rights like professionals of the health. The previous thing is known with the assertive medicine name.

Key words. Defensive medicine, assertive medicine, patient-physician relationship, communication.

Introducción

La práctica de la medicina actual se ha visto favorecida por los grandes adelantos científicos y tecnológicos, que asombran a conocedores de los temas médicos, hecho que, indudablemente, nos causa admiración y satisfacción; pero al mismo tiempo en que aparecen esos adelantos, aparecen efectos negativos que demeritan la práctica la ciencia médica, uno de ellos es la MD, cuya aparición se hace a partir de 1960.

Así, nos encontramos con el incremento paulatino de la frecuencia de las demandas por ejercicio impropio del profesional de la medicina, este a su vez, adopta medidas anormales para evitar ser demandado o para defenderse en caso de que así ocurriera, llevándolo a practicar la medicina defensiva (MD), misma que se define como "la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito explícito y principal, de defender al médico de la crítica, contar con evidencias documentales ante una demanda y evitar controversias, todo ello, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente".^{1, 11, 12}

El profesional de la medicina con conductas tendentes a la MD, adopta deformaciones en su práctica diaria. En un principio hay una ruptura en la relación médico-paciente, al identificar a su paciente como un potencial demandador, instalándose una barrera que impide llevar a cabo un acto médico adecuado, dando lugar a insatisfacción y conflictos con el usuario.^{2, 3, 4}

Las consecuencias de la MD se pueden resumir en los siguientes incisos:

- El médico indica más exámenes de laboratorio o de gabinete sin una finalidad clínica, solamente para cubrirse

de una posible demanda y tener elementos probatorios (los cuales resultan superfluos).

- Ofrece tratamientos médicos o procedimientos clínicos que no tiene lógica con la "lex artis médica *ad hoc*" y que por lo tanto no debieron haberse prescrito.
- El médico se siente inseguro y consecuentemente, cita a su paciente con más frecuencia o incrementa las interconsultas con otros especialistas.
- Selecciona a sus pacientes procurando atender a aquellos que muestren patologías poco complejas, evita los que requieran atención urgente o aquellos que considera conflictivos.
- El médico o la Institución se ven obligados a contratar seguros de responsabilidad profesional, cuyos costos por primas son cada día más altos y se cotizan de acuerdo a la especialidad o a los antecedentes de anteriores demandas.
- Los hospitales evitan tener especialidades con alto riesgo por demandas.

De esta manera, el costo de la MD es catastrófico y ha sido evaluado en diversos estudios. En los Estados Unidos se ha calculado que la MD representa el 20% del costo final de la atención médica, que solo la indicación exagerada de exámenes de laboratorio y gabinete, ocupa el 8% del presupuesto en salud de ese país, lo que equivale a 10 billones de dólares y los costos finales por MD, pueden alcanzar los 50 billones de dólares por año.^{3, 7, 8, 10, 15}

La frecuencia de la MD se ha estudiado mundialmente, encontrando en la mayoría que las cifras son cada vez mas altas, hasta llegar a cifras alarmantes, por ejemplo, Studdert publica en JAMA, que en el 2005 en los Estados Unidos e

estimó que el 93% de los médicos practican MD (Otro estudio similar lo cuantifica en 98%)¹, en Japón en una encuesta aplicada a gastroenterólogos encontraron una frecuencia del 98%.¹⁶ En Gran Bretaña se detectó que el 75% de los siquiátras divulgaron prácticas defensivas.¹³ En México, en una encuesta realizada por los doctores: José Manuel Sánchez González y Carlos Tena Tamayo, publicada en el año 2005, encontraron que de un total de 613 médicos encuestados, 376 (61.3 %) presentaban algún grado de práctica de MD.^{1, 12}

En cuanto a la acción defensiva mas frecuentemente encontrada fue la indicación de exámenes de laboratorio y gabinete, como procedimiento diagnóstico y la referencia a otros especialistas.^{15, 16}

Lo anterior justifica que la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca (CEAMO), tenga dentro de sus objetivos, evitar la medicina defensiva, por ello, consideramos necesario realizar un estudio que muestre datos sobre la frecuencia de la MD, en los profesionales de la medicina en nuestro Estado, con la intención de que una vez conocidas las cifras, se fijen políticas preventivas del problema y en consecuencia, evitar que la MD haga estragos en los gastos presupuestales de las Instituciones, de los pacientes y del propio médico.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo de naturaleza exploratoria, mediante la aplicación de una encuesta en médicos que acudieron a diversos congresos, durante los meses de septiembre a noviembre de 2008, procurando la participación de médicos generales y de médicos con algún posgrado, tratando de explorar diversas regiones del Estado de Oaxaca; para ello se tomó en cuenta la asistencia a congresos estatales y de manera específica, se visitó la región de la costa, donde se aplicó la encuesta en diversas Instituciones.

El cuestionario constó de dos secciones. En la primera se formularon 12 preguntas que detectaron los datos generales del médico. La segunda sección formada por 17 preguntas hechas con la finalidad expresa de evaluar la posibilidad de prácticas tendentes a la MD. (Cuadro 1)

Las preguntas formuladas tienen el objetivo de explorar el aspecto de percepción, las actitudes y conductas tendentes francamente hacia la MD, así como dos preguntas distractoras (3 y 16). (Cuadro 2) De esta manera, se tomó como reactivos centrales (que indican conductas defensivas) las preguntas 2, 5 y 10. (Cuadro 2)

- Frecuentemente siento temor a ser demandado. Indica la percepción del riesgo personal que se denota, como una actitud y muestra lo que el encuestado percibe de esa situación amenazante y responde ante ella con temor.
- Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos. Es una conducta preventiva que el médico establece en cuanto a evitar insatisfacción del paciente y es una adaptación específica hacia el problema.

- He modificado mi práctica para evitar ser demandado. Esta pregunta indica el grado de concientización del médico, hacia el problema y por lo tanto toma conductas y actitudes, que podrían ser de utilidad en caso de ser demandado.

Cuadro 1. Reactivos de la encuesta sobre Medicina Defensiva.

REACTIVOS DE LA ENCUESTA PRACTICADA	
1.	Utilizo más apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones.
2.	Frecuentemente siento temor a ser demandado.
3.	Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos
4.	Evito emplear procedimientos de alto riesgo.
5.	Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflicto.
6.	Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo.
7.	Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia
8.	Evito atender a pacientes con situaciones de urgencia.
9.	Al tomar decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible.
10.	He modificado mi práctica para evitar ser demandado.
11.	Evito atender pacientes graves, complicados o conflictivos.
12.	Documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente.
13.	Proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas.
14.	En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones.
15.	Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes.
16.	Me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes.
17.	Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención.

Cuadro 2. Médicos defensivos y Médicos no defensivos.

Pregunta Núm.	Defensivos	No Defensivos	Total
1.	24 (57.1%)	106 (75.7%)	130 (71.4%)
3.	33 (78%)	123 (87.8%)	156 (85.7%)
4.	22 (52.3%)	121 (86.4%)	143 (78.5%)
6.	12 (28.5%)	100 (71.4%)	112 (61.5%)
7.	19 (45.2%)	70 (50%)	89 (48.9%)
8.	1 (2.3%)	18 (12.8%)	19 (10.4%)
9.	11 (26.1%)	72 (51.4%)	83 (45.6%)
11.	4 (9.5%)	41 (29.2%)	45 (24.7%)
12.	38 (90.4%)	128 (91.4%)	166 (91.2%)
13.	40 (95.2%)	138 (98.5%)	178 (97.8%)
14.	39 (92.8%)	140 (100%)	179 (98.3%)
15.	12 (28.5%)	90 (64.2%)	102 (56.0%)
16.	35 (83.3%)	138 (98.5%)	173 (95.0%)
17.	21 (50%)	63 (45%)	84 (46.1%)

Se consideró como médico no defensivo si no contestó afirmativamente ninguna de las tres preguntas anteriores y en caso de contestar afirmativamente cualquiera de las tres anteriores preguntas, se consideró como médico defensivo. A su vez se clasificó al médico defensivo en tres grados: Incipiente, evidente y muy manifiesta según haya contestado afirmativamente 1, 2 ó 3 preguntas respectivamente.

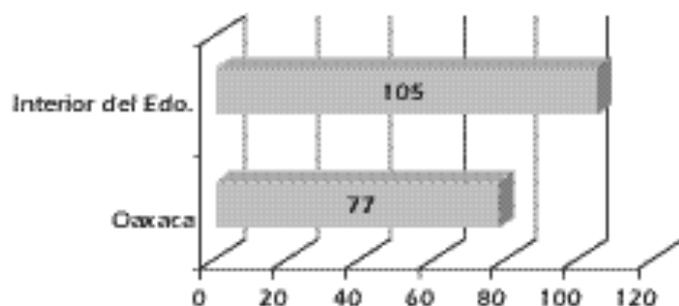
Las otras preguntas realizadas tienen como objeto explorar conductas, pero que no se relacionan directamente con MD.

Para su análisis, los datos obtenidos fueron capturados en una hoja electrónica del programa Excel de Microsoft Office 2007.

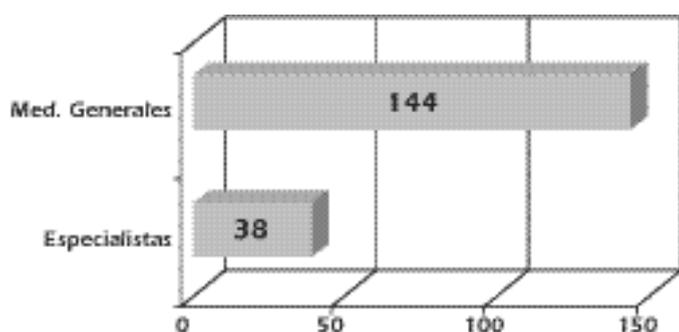
Resultados

La encuesta se aplicó a 300 profesionales de la salud, de los cuales fueron descartados 118 por ser profesionales no médicos, estudiantes o porque la encuesta no fue contestada en forma completa. Fueron útiles 182 cuestionarios.

El rango de edad varió desde 23 a 68 años y los años de servicio de 1 a 35. Del total, 77 (42.3%) realizan su trabajo en la ciudad de Oaxaca y 105 (55.6%) lo realizan en diferentes localidades del interior del Estado. (Gráfica 1) Al analizar el grado de preparación se encontró que 38 (20.8%) tenían una especialidad y 144 (79.1%) eran médicos generales. (Gráfica 2) También se analizó la certificación por su consejo encontrándose que 56 (30.7%) si tenían certificación y 126 (69.2%) no.

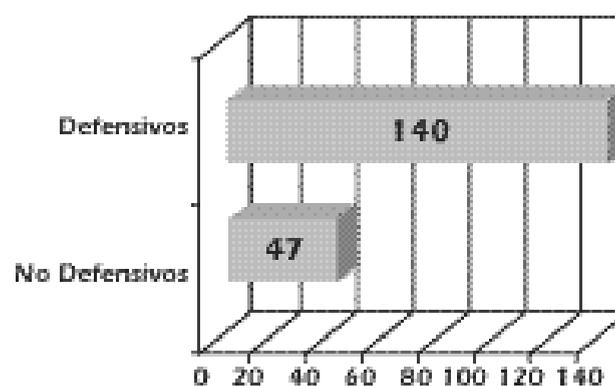


Gráfica 1. Distribución de médicos que realizan su trabajo en la Ciudad de Oaxaca y en el interior del Estado.

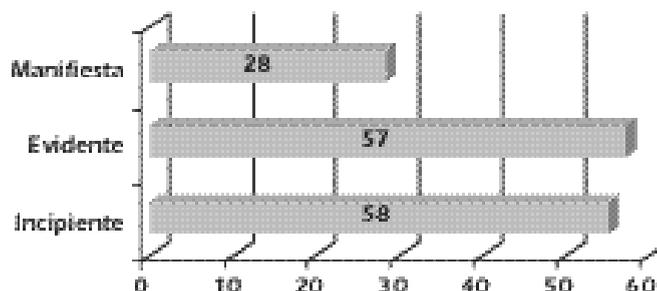


Gráfica 2. Grado de preparación del personal de salud.

Cuando analizamos el aspecto de la medicina defensiva, se detectó que 140 médicos (76.9%) presentan algún grado de práctica de medicina defensiva y 42 (23%) no tenían ninguna respuesta positiva, que indicara medicina defensiva. (Gráfica 3) En cuanto al grado de MD, se detectó que en 55 (39.2%) era incipiente, 57 (40.7%) evidente y muy manifiesta en 28 (20%) de los encuestados. (Gráfica 4).



Gráfica 3. Médicos defensivos y no defensivos.



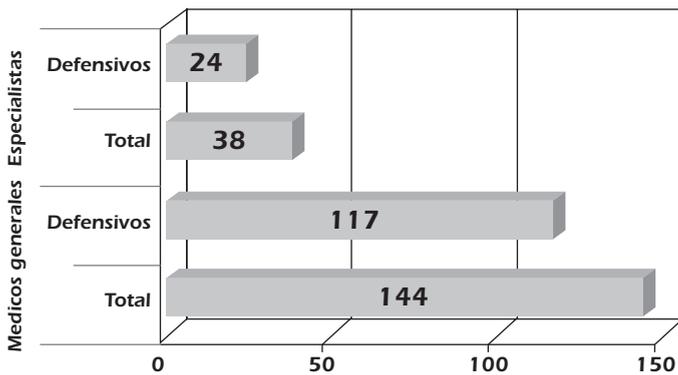
Gráfica 4. Grado de Medicina defensiva.

De las tres preguntas claves que indican medicina defensiva, se encontró que la pregunta "frecuentemente siento temor a ser demandado" 44 (32.1%), "mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflicto" 133 (97%) y "he modificado mi práctica para evitar ser demandado" 75 (54.7%) fueron contestadas afirmativamente.

Se trató de correlacionar el grado académico del médico y la práctica de la MD, detectándose que de los 38 médicos especialistas 25 (65%) tenían algún grado de MD y 13 (34%) no eran defensivos. De los 144 médicos generales 117 (81%) si llevan a cabo prácticas de medicina defensiva, contra 27 (18.7%) que no eran defensivos. (Gráfica 5)

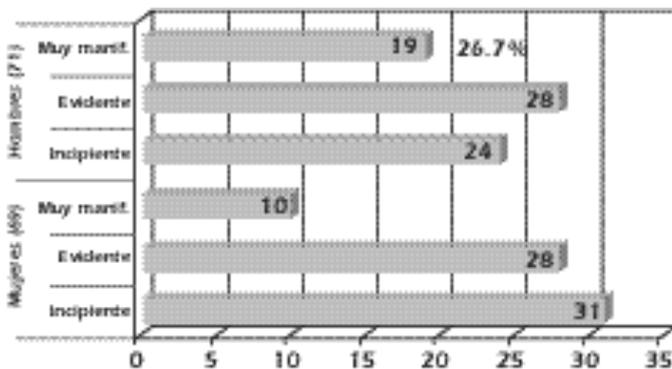
También se encontró una relación directa con la certificación por los Consejos de sus respectivas especialidades pues solo 56 (30.7%) tenían certificación.

Por otra parte se trató de correlacionar el género con la práctica de la MD, sin encontrar diferencia significativa pues



Gráfica 5. Grado académico del médico y la práctica de la MD.

el 48% fueron mujeres y el 52% hombre; pero al evaluar el grado de penetración de la MD se detectó que en los hombres es más intenso (26.7% contra el 14.4%). (Gráfica 6)



Gráfica 6. Práctica de la MD en género masculino y femenino.

Cuando se analizaron las respuestas afirmativas entre médicos defensivos y no defensivos, se encontraron algunos contrastes como en las siguientes preguntas: “solo empleo procedimientos de bajo riesgo”, “al tomar decisiones sobre el paciente, trato de complacerlo lo más posible”, “evito atender pacientes graves, complicados o conflictivos” y “para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mas frecuencia que antes” (preguntas 6, 9, 11 y 15) en los médicos defensivos el porcentaje es menor que en los no defensivos. (Cuadro 2)

Nos llamó la atención que a las preguntas: “documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención al paciente”, contestaron afirmativamente 166 (91.25%), a la pregunta “proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas” 178 (97.8%) y “en la atención al paciente, trato de evitarles complicaciones” 179 (98.3%) contestaron que sí, (preguntas 12, 13 y 14 respectivamente) lo cual nos indica un alto grado de concientización para mejorar la calidad de la atención médica. (Cuadro 2)

Discusión

Anteriormente la figura paternalista del médico daba lugar a una relación médico-paciente muy singular, en donde la conducta autoritaria del médico prevalecía y él debía de decir que y como hacer las cosas, sin la más mínima intervención del paciente el cual era receptivo, obediente y acrítico (de ahí el nombre de enfermos que proviene del latín *infirmus*, sin fuerza, sin firmeza, sin opinión) y esa relación médica era cómoda porque generalmente no era vigilada ni daba lugar a la crítica ni a la inconformidad y menos a la demanda; pero no era la relación deseable, ahora, se busca una relación médico-paciente de tipo deliberativo, en donde se privilegia la comunicación como herramienta necesaria, que haga comprender al paciente su problema de salud y éste, haciendo uso de su derecho de autonomía, podrá legitimizar el acto médico con su aceptación.

Hoy hablamos de los derechos generales de las y los médicos, de las y los pacientes, como elementos importantes que se conjugan y se respetan mutuamente, para establecer una relación médico-paciente adecuada. Un derecho de los pacientes es inconformarse por la atención médica recibida; ahí nacen las inconformidades, las dudas y las demandas contra los prestadores de servicios médicos, esto, aunado a la “industria del litigio”, ha llevado a que el médico se sienta potencialmente amenazado y adopta conductas inadecuadas como lo es la MD.

La MD tiene su aparición en la década de 1960,^{2, 13} a partir de entonces se ha estudiado de manera regular y sobre todo se ha evaluado el aspecto negativo de su progresión sistemática. El objetivo principal de la MD es la pretensión de protegerse ante un eventual y futuro reclamo del paciente; se considera una forma “NO” ética de ejercicio profesional, desde que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente, trasladándose dicho objetivo al propio médico. También es un ejercicio profesional éticamente inadmisibles, si tomamos en cuenta su importancia en la injerencia de la salud pública, pues se agregan enormes gastos al sistema de salud sin más beneficios para el paciente.^{1, 2, 3}

Está suficientemente claro el incremento de la práctica de la MD, mientras más sea el acto médico motivo de litigio, es por ello que en países como en Estados Unidos, su práctica lleva a cifras alarmantes del 93% al 98% de médicos con esa conducta, lo cual representa un gasto económico muy grande pues se ha evaluado que la MD lleva el consumo de hasta el 17.6% del gasto del presupuesto en salud, valorado en billones de dólares.^{10-15, 16} Misma situación la presentan países como Japón o algunos países que forman la Unión Europea. Si esto lo transportamos a nuestro país, ¿Qué porcentaje del presupuesto en salud se pierde por la práctica de la MD?, la respuesta podría explicar el porqué de las deficiencias en insumos, la falta de organización directiva, el incremento en el número de atención en la consulta externa o en las interconsultas no fundamentadas, el porqué de la instalación de otros trastornos en la conducta del

profesional de la medicina, como el síndrome de Burnout o en cualquier otra manifestación de ruptura de la relación médico-paciente.

Nuestro estudio, donde el 76.9% tienen prácticas de MD, es una fiel muestra del progreso del problema. Por lo tanto, es un llamado de atención para que nuestras autoridades sanitarias, las universidades formadoras de profesionales de la salud y las instituciones como la nuestra (CEAMO), lleven a cabo acciones dinámicas y efectivas que hagan disminuir la práctica de la MD, pues de lo contrario, podrá ser un factor negativo de falta de progreso en nuestro país y de deficiencias en la atención médica.

Tratando de encontrar una correlación entre la preparación del profesional que practica MD, se encuentra que en el médico general y en el no certificado por su Consejo, es más frecuente el problema, seguramente por la inseguridad que sienten para realizar sus actividades profesionales.

Al respecto ya se ha estudiado que la práctica de la MD no es una estrategia eficaz, para prevenir los reclamos sobre la atención médica, por lo tanto, algunos autores proponen que el antídoto de la MD debe ser una "medicina ofensiva",¹⁷ sin embargo, los doctores Tena-Sánchez, han propuesto el término de "Medicina Asertiva" como la forma de contrarrestarla.^{1, 11, 12, 13} Este término se ha adoptado de la psicología, con base en que gran parte del problema de la MD, son las alteraciones de la comunicación y la asertividad es una forma eficaz de comunicación; de hecho, los autores antes mencionados han propuesto cuatro elementos que contrarresten a la MD y son:

- Buena comunicación.
- Sujeción del acto médico a la "lex artis médica ad hoc".
- Respeto de los derechos de las y los pacientes.
- Hacer respetar los derechos de los profesionales de la salud

Es básico entender que la MD puede evitarse haciendo una comunicación eficaz y empática, echando mano de todas las herramientas de la comunicación verbal y no verbal, engancharlo al paciente en la importancia de sus acciones, para resolver su problema de salud y sobre todo haciéndole participe en decisiones y acciones que a él convengan. Por otra parte, cuando hablamos de "lex artis médica ad hoc", no es más que la aplicación de los principios científicos, éticos y legales de la medicina y por ende sujetos a que se cumplan en su totalidad, que se privilegien los principios bioéticos y que se haga el trabajo cotidiano según la normatividad vigente establecida. Por último, no es menos importante comentar que debemos conocer y respetar los derechos que le pertenecen a los pacientes y hacer respetar los nuestros, como profesionales de la salud, como se han fundamentado en las diferentes leyes y normas (nacionales e internacionales).

Vale la pena comentar el hallazgo totalmente opuesto en relación a la respuesta de las preguntas 12, 13 y 14, que exploran la concientización del médico hacia documentar

más el acto médico, dar más información y evitar las complicaciones en su paciente, en donde los porcentajes fueron arriba del 90% y que contrastan con lo encontrado por el Dr. Tena-Sánchez, en donde el porcentaje no rebasaba el 5%,¹ lo cual nos habla favorablemente de los médicos encuestados, pues a pesar de que muchos tienen conductas tendentes hacia la MD, también se tiene la idea de mejorar la calidad de la atención médica que ellos brindan. Otro aspecto que muestra nuestra encuesta es que el médico más preparado (evaluado en su certificación y su postgrado), tiene menos tendencia a la MD, quizá porque su preparación lo lleva a ser más seguro y eficaz en su práctica diaria.

En nuestro País, los reclamos justos e injustos de los usuarios contra los servicios médicos, pueden atenderse en varias instancias de procuración de justicia. Pero debemos de reconocer que la solución de dichos problemas mediante los métodos alternos de solución de conflictos (MASC), es lo ideal (como es el trámite que se hace en la CEAMO), pues se ha probado que cuando se sigue un litigio por la vía judicial, las pérdidas económicas son muy grandes (amén de las alteraciones laborales o familiares, de prestigio profesional y daño moral o de la salud). Según la experiencia de los Países con alta incidencia de demandas, las ganancias económicas se distribuyen de la siguiente manera: paciente 10%, compañías de seguros 20% y el 70% para los abogados que lleven el caso.⁵ Vale la pena hacernos una pregunta: ¿Quién es el que gana en este tipo de litigio? Por eso, nuevamente, reconocemos que la existencia de la CEAMO, en nuestro Estado es un gran logro, pues dentro de las ventajas que existen al dirimir las inconformidades sobre la atención médica en la CEAMO tenemos las de ser una Institución formada por profesionales capacitados para analizar el acto médico, es gratuito, imparcial, confidencial, ágil en el tiempo procesal, es muy efectiva cuando hay voluntad de las partes y las resoluciones son de cumplimiento obligatorio.

Conclusiones

El hecho de encontrar 76.9% de frecuencia de conductas tendentes a la práctica de la MD en nuestra encuesta de 182 participantes, nos está hablando de una evolución definitivamente negativa de nuestra actividad profesional, por lo que hacemos un llamado de alerta a nuestras autoridades sanitarias y a los formadores de profesionales de la medicina, a realizar estrategias que lleven a cambios de actitud y no caer en esto que llamaremos "el cáncer de la medicina".

La solución para disminuir la MD es la MEDICINA ASERTIVA (como lo han propuesto los doctores Tena y Sánchez), en donde el apego a la "lex artis médica ad hoc" (en que se incluye la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas), el buen manejo administrativo de las instituciones, el establecimiento de una relación médico-paciente eficiente (donde se incluye la comunicación efectiva y empática), el respeto de los derechos generales de las y los pacientes y ha-

ciendo respetar los derechos del profesional de la medicina, harán que se practique una medicina con mas seguridad y confianza, en donde las inconformidades sobre la atención médica se minimizan.

La CEAMO por su parte, incrementará su información hacia los profesionales de la medicina, de tal manera que hagamos concientización del problema y enseñemos que la medicina asertiva es una muy buena forma, de mejorar la calidad de la atención médica. Que debemos de ganarnos la confianza de los usuarios y prestadores de servicios médicos, mediante el trabajo eficiente, lo que determinará la credibilidad hacia la CEAMO, conscientes de que la perseverancia en la búsqueda de la verdad y la aplicación de valores como el respeto, la objetividad, la imparcialidad y la confidencialidad en el trabajo, será lo que justifique la existencia de la CEAMO. Solamente con credibilidad acudirá el profesional de la medicina a dirimir sus diferencias con los usuarios en la CEAMO, considerando que de esta manera, vendrá con la seguridad de que, si ha cumplido cabalmente con la "lex artis médica ad hoc" y si sus elementos probatorios están correctamente plasmados en el expediente clínico, tendrá la posibilidad de resolver favorablemente su problema.

Referencias

1. Barreda Iñigo. La medicina defensiva: Tendencias y experiencias en el ámbito internacional. *Rev CONAMED* 1999; 4(13): 1821.
2. Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C. Medicina Defensiva en México: Una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj* 2005; 73(3): 199-206.
3. Gentile Ramos I. Iatrogenia y malpraxis. *Rev Med Urug* 1993; 9(1): 3-8.
4. Rodríguez-Almada H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Urug* 2001; 17(1): 17-23.
5. U.S. Congress. Office of Technology Assessment. *Defensive medicine and medical malpractice*. Washington:U.S. Government Printing Office, 1994: 186 p. (Publicación nº: OTA-H—6O2). Obtenido de: <http://www.wws.princeton.edu/ota/disk1/1994/9405/9405.PDF>. Acceso: 26 Septiembre de 2006.
6. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; 310 (6971): 27-9.
7. Peterson RM. Hippocrates versus hypocrisy: defending medicine from defensive medicine. *Curr Surg* 2005;62(4): 449-50.
8. Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *Lancet* 2006; 368(9531): 240-46.
9. Rubin RJ, Mendelson DN. How much does defensive medicine cost? *J Am Health Policy* 1994; 4(4): 7-15.
10. Ransom SB, Dombrowski MP, Shephard R, Leonardi M. The economic cost of the medical-legal tort system. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(6): 1903-7.
11. Reynolds RA, Rizzo JA, González ML. The cost of medical professional liability. *JAMA* 1987; 257(20):2776-81.
12. Tena Tamayo C, Sánchez González JM. Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad. In:Tena Tamayo C, Hernández Orozco F. *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. México: Prado, 2005: 407-427.
13. Tena Tamayo C, Sánchez-González JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 75(10): 553-9.
14. Rodríguez Almada H. De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Rev Med Ur* 2006; 22(3):167-8.
15. Apoorva-Chawla BS. Defensive Medicine: prevalence, implications and recommendations. *Acad Radiol* 2008; 15:948-949.
16. Studdert DM. Defensive Medicine among high-risk specialist physicians in volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293:2609-2617.
17. Hiyama T, Yoshihara M. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J gastroenterol* 2006;12(47):7671-7675.
18. DeWeese J. Offensive Defensive Medicine. *Orthopedics* 2006; 29:296.
19. Anuario estadístico de Oaxaca, INEGI 2007.