

## De la medicina defensiva a la medicina asertiva

Las transformaciones ocurridas en la relación médico-paciente son universalmente reconocidas como la causa fundamental de las disconformidades de los usuarios y de los reclamos judiciales –y mediáticos– contra los médicos<sup>(1,2)</sup>.

Paradójicamente, esta verdadera patología –secundaria a relaciones clínicas disfuncionales– originó a su vez patrones de respuesta de carácter patológico, entre los cuales la medicina defensiva ocupa un señalado lugar<sup>(3-7)</sup>.

En un ejercicio profesional guiado por los criterios de la medicina defensiva las decisiones médicas no surgen del conocimiento científico o de la experiencia del médico, ni se orientan a satisfacer una necesidad de salud del paciente. El objetivo de la medicina defensiva es la pretensión de protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente. Se la considera una forma no ética de ejercicio profesional, desde que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente, trasladándose aquél al propio médico. Tampoco es un ejercicio profesional éticamente admisible si se lo analiza desde la perspectiva de la salud pública, ya que agrega enormes costos al sistema de salud, sin justificación ni beneficios para los pacientes<sup>(3,7-9)</sup>.

Resulta muy difícil una evaluación precisa de la extensión de la medicina defensiva y sus costos agregados<sup>(3)</sup>. Un estudio en el Reino Unido (1995) mostró que la mayoría de los médicos ejercía prácticas defensivas, como referir al paciente innecesariamente (63,8%), seguimientos no indicados (63,4%), e indicación de estudios complementarios no justificados (59,6%). Un estudio reciente en México arrojó que 61% de los médicos encuestados desarrollaba prácticas defensivas<sup>(6,7)</sup>. Estimaciones realizadas en Estados Unidos señalan que en 1984, 15% de los costos asistenciales se debían al fenómeno de los reclamos y que en 1994 la medicina defensiva daba cuenta de 17,6% del gasto en salud, de tal modo que por cada dólar destinado a pólizas de seguro de responsabilidad profesional, otros 2,7 dólares se gastaban en medicina defensiva<sup>(10,11)</sup>.

Por otra parte, la medicina defensiva se demuestra completamente ineficaz como estrategia de prevención de los reclamos de los pacientes. De hecho, no contribuye en absoluto a lograr una relación clínica adecuada y agrega nuevos riesgos profesionales, a punto de partida de actos médicos no indicados e innecesarios<sup>(6)</sup>.

Como reacción al modelo de la medicina defensiva recientemente se ha levantado un nuevo paradigma de sólido fundamento ético, profesional y médico-legal: la llamada medicina asertiva<sup>(11,12)</sup>.

No es casual que para la denominación de este modelo se haya apelado a un término estrechamente vinculado a la comunicación humana. De hecho, la asertividad es una forma de comunicación. Y la comunicación es una de las claves para la prevención primaria, secundaria y terciaria de los conflictos interpersonales, incluidos los de la relación médico-paciente.

Si la medicina defensiva proviene del mundo desarrollado, la medicina asertiva es una respuesta latinoamericana. Tena y Sánchez, los autores mexicanos que elaboraron esta construcción teórica, definen cuatro cualidades del acto médico que darían como resultado una medicina asertiva: buena comunicación, sujeción del acto médico a la *lex artis ad hoc*, respeto de los derechos del paciente y respeto de los derechos del médico<sup>(11,12)</sup>.

La reformulación de las formas de comunicación en la relación clínica hacia modalidades asertivas configura la orientación terapéutica central –de carácter etiológico y fisiopatológico– en el nuevo paradigma propuesto. Supone poder reconocer los derechos de todos los

involucrados, así como las asimetrías diversas entre los actores. Exige prestar la debida atención –desde la formación médica hasta el ejercicio profesional cotidiano– a los aspectos verbales y no verbales, conscientes y no conscientes, explícitos e implícitos, que conforman el entramado de la comunicación entre las personas.

Con una práctica médica guiada por la *lex artis ad hoc* se reducen los márgenes del error médico, aunque seguirán siendo un componente de esta y de toda otra actividad humana (en todo caso, la actuación dentro de los parámetros de la *lex artis ad hoc* excluye la responsabilidad profesional). Esta práctica profesional es incompatible con la medicina por complacencia y toda forma de medicina defensiva. En el estado actual de avance y transformación de la práctica médica, supone necesariamente un desarrollo profesional médico continuo<sup>(1-3)</sup>.

El reconocimiento y el respeto de los derechos de los pacientes es un componente obligado de una medicina asertiva. Sólo en este marco –de respeto y ejercicio de los derechos– se podrá realizar el principio de autonomía, bajo el cual el paciente asume la toma de decisiones de acuerdo a sus propios intereses y valores.

No existe posibilidad de una medicina asertiva al margen del reconocimiento y respeto de los derechos del médico por parte de usuarios, instituciones y autoridades sanitarias. El modelo asertivo excluye por igual la relación clínica de tipo autoritario como la de tipo demagógico. No sólo habrá que educar a médicos y pacientes en este sentido, sino que se hace necesario reflexionar acerca de una nueva diceología médica en el marco de las actuales condiciones de avance científico-tecnológico, organización de los servicios asistenciales y modalidades del trabajo médico.

Dr. Hugo Rodríguez Almada

**Palabras clave:** *MEDICINA DEFENSIVA.*  
*ASERTIVIDAD.*  
*RELACIONES MÉDICO-PACIENTE.*

### Bibliografía

1. **Gentile Ramos I.** Iatrogenia y malpraxis. Rev Med Urug 1993; 9(1): 3-8.
2. **Rodríguez Almada H.** Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Med Urug 2001; 17(1): 17-23.
3. U.S. Congress. Office of Technology Assessment. Defensive medicine and medical malpractice. Washington: U.S. Government Printing Office, 1994: 186 p. (Publicación n°: OTA-H—6O2). Obtenido de: <http://www.wss.princeton.edu/ota/disk1/1994/9405/9405.PDF> (Consulta: Setiembre de 2006).
4. **Summerton N.** Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995; 310 (6971): 27-9.
5. **Peterson RM.** Hippocrates versus hypocrisy: defending medicine from defensive medicine. Curr Surg 2005; 62(4): 449-50.
6. **Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo EM, Hernández-Gamboa LE, Rivera-Cisneros AE.** Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Cir 2005; 73(3): 199-206.
7. **Summerton N, Graham JR.** Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. Lancet 2006; 368(9531): 240-46.
8. **Rubin RJ, Mendelson DN.** How much does defensive medicine cost? J Am Health Policy 1994; 4(4): 7-15.
9. **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.
10. **Reynolds RA, Rizzo JA, González ML.** The cost of medical professional liability. JAMA 1987; 257(20): 2776-81.
11. **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: 407-27.
12. **Tena Tamayo C, Sánchez-González JM.** Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecol Obstet Mex 2005; 75(10): 553-9.