

## Cirugía y Cirujanos

Volumen **71**  
Volume

Número **3**  
Number

Mayo-Junio **2003**  
May-June

*Artículo:*




Estudio exploratorio sobre la enseñanza  
de la comunicación humana asociado a  
la práctica médica

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



**Medigraphic.com**

# Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica

Dr. Antonio Eugenio Rivera-Cisneros,\* Dra. Norma Juárez-Díaz González,\*\*  
Mtra. Sandra Martínez-López,\*\*\* Dra. Mahuina Campos-Castolo,\*\*\*\*  
Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez-González,\*\*\*\*\* Dr. Carlos Tena-Tamayo,\*\*\*\*\*  
Dr. Gabriel Ricardo Manuel-Lee\*\*\*\*\*

## Resumen

**Introducción:** el error en medicina es prevalente en la práctica contemporánea de la medicina. Su prevención y la solución de gran parte de los errores médicos pueden atenderse desde las etapas tempranas de formación de los médicos, mejorando los conocimientos y las habilidades de la comunicación humana. A pesar de su importancia, no existe información sistematizada con base empírica sobre la enseñanza de la comunicación humana en nuestro país.

**Objetivo:** exponer la experiencia de naturaleza exploratoria que se tuvo sobre la impartición del tema relacionado con la comunicación humana en medicina en residentes de diferentes especialidades médicas.

**Métodos:** se presenta un estudio de intervención educativa en 216 residentes de los Institutos Nacionales de Salud, con el tema de comunicación humana en la práctica médica. Se utilizó distribución Ji<sup>2</sup> para valorar asociaciones significativas entre variables.

**Resultados:** 80% de los alumnos presentó deficiencias en el conocimiento y las habilidades de pensamiento para la comunicación clínica. Producto de la intervención educativa, 70% de los alumnos alcanzaron aprendizajes significativos aceptables en el tópico. No se encontraron diferencias apreciables en los hombres y mujeres en los patrones de respuesta.

Los datos indican la necesidad de incorporar este tema dentro de los currícula de pre y postgrado en la formación de médicos, para lograr una mejoría de la calidad de la atención médica y la prevención del conflicto en medicina.

**Palabras clave:** comunicación humana, comunicación clínica, error médico, conflicto en medicina.

## Summary

**Introduction:** Medical error is prevalent in the contemporary practice of medicine. Prevention and solution of the majority of medical errors can be focused upon from the early stages of physician formation by improving knowledge and abilities with regard to human communication. Despite its importance, information systematized with empirical bases on the teaching of human communication in Mexico is non-existent.

**Purpose:** Our purpose was to highlight the experience of an exploratory nature on the educative intervention on human communication in medicine in medical residents of different medical specialties.

**Methods:** A study of educational intervention was presented 216 medical residents of the National Institutes of Health in Mexico City on the topic of human communication in medical practice. Chi square distribution was employed to find associations among variables.

**Results:** Eighty percent of students presented deficiencies in knowledge and thinking abilities for clinical communication. As a result of the educational intervention, 70 percent of medical resident students reached acceptable significant learning on the topic. There were no appreciable differences between the men and women in response patterns.

Data indicated necessity of incorporating this topic pre-and postgraduate studies, to achieve improvement of quality of medical care and prevention of conflicts in medicine.

**Key words:** Human communication, Clinical communication, Medical error, Conflict in medicine.

\* Director General de Enseñanza e Investigación.

\*\* Directora de Enseñanza.

\*\*\* Subdirectora de Enseñanza.

\*\*\*\* Jefe Departamento de Enseñanza.

\*\*\*\*\* Director General de Promoción y Difusión.

\*\*\*\*\* Comisionado Nacional.

\*\*\*\*\* Subcomisionado Médico. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).

“Enseñanza de la comunicación humana en medicina, Rivera Cisneros A. et al”

*Solicitud de sobretiros:*

Dr. Antonio Rivera Cisneros. Mitla 250 esquina Eugenia

8° piso Col. Vértiz Narvarte, 03020 México D.F.

correo electrónico: marmol208@yahoo.com

Recibido para publicación: 08-05-2003

Aceptado para publicación: 12-06-2003

## Introducción

La medicina contemporánea reconoce como nunca en su historia, la labilidad a la que se enfrenta su práctica. El tema se reconoce mundialmente<sup>(1-4)</sup>. Al reconocerse, reportes recientes han descrito que el error en medicina es prevalente y que genera gran cantidad de pérdida de vidas humanas, discapacidad, pérdidas económicas incommensurables y afectan la calidad de la práctica de la medicina<sup>(5-7)</sup>. Diversos autores ubican a la práctica de la medicina como una de las industrias de riesgo por los resultados anormales que potencialmente pueden ocurrir durante su ejercicio<sup>(8,9)</sup>.

El error puede ser excusable debido a la complejidad de un acto médico o no excusable cuando es producido por un efecto directo del médico que ejerce la medicina con impericia o negligencia<sup>(9)</sup>. En uno y otro casos, existe frecuencia elevada de falta de comunicación del médico con su paciente, lo que impide un seguimiento apropiado de los casos, así como un daño profundo en esta relación<sup>(10,11)</sup>. Charles et al<sup>(12)</sup>, recientemente describieron la urgente necesidad que perciben los médicos en Canadá para compartir la toma de decisiones terapéuticas con sus pacientes. En su trabajo, los autores encontraron gran congruencia en el uso de guías y la calidad de la relación con sus pacientes.

Sobre el tema Woods indicó que más de 80% de los errores demostrables en medicina, tiene como trasfondo una ausencia, pérdida o comunicación adecuada<sup>(13)</sup>. En México, reportes recientes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), indican que gran parte de las controversias atendidas en esa instancia, pudieron prevenirse a través de una mejor comunicación en la relación médico-paciente<sup>(14,15)</sup>.

La prevención y solución de gran parte de los errores médicos pueden atenderse desde las etapas tempranas de formación de los médicos<sup>(16-18)</sup>. Aunque las acciones para desarrollar una buena comunicación con los pacientes no se encuentran bien definidas en la literatura, existe un creciente interés por refinar los métodos que promuevan una mejor comunicación entre los médicos y sus pacientes, particularmente, desde las etapas de formación médica. Ihler<sup>(19)</sup>, en una revisión muy reciente, indicó el esfuerzo que ha realizado el Comité para el Examen de las Licenciaturas en Medicina de los Estados Unidos, para estandarizar y evaluar las habilidades de comunicación clínica que se esperan en los médicos.

En México, no se tienen datos acerca de cuál es el estado sobre los conocimientos, habilidades y actitudes que posee el médico en formación de nuestro país sobre la comunicación humana en el desarrollo de su profesión. Por tanto, es propósito del presente trabajo, exponer la experiencia de naturaleza exploratoria, que se tuvo sobre la impartición del tema relacionado con la comunicación humana en medicina en residentes de diferentes especialidades médicas.

## Material y métodos

La intervención de enseñanza se efectuó en 216 residentes de los Institutos Nacionales de Salud (52% varones y 42% mujeres). El tema de la comunicación, formó parte de un curso que adoptó la modalidad de un seminario para la Prevención del Conflicto en Medicina que se impartió por personal de la CONAMED en los residentes de las especialidades médicas, (Figura 1).

El seminario se estructuró como respuesta a una encuesta sobre las expectativas de diferentes instancias en medicina<sup>(20)</sup>,

quienes señalaron la necesidad de prevenir el conflicto en medicina a través de actividades educativas en el pre y postgrado. Se procedió entonces, a la identificación de temas que favorecieran la prevención del potencial conflicto en la relación médico paciente, con base a un estudio específico sobre las necesidades y expectativas de médicos, sociedades médicas, las academias y organizaciones prestadoras de servicios médicos y de educación. Los resultados de más de 90 opiniones calificadas, a través de una técnica tipo Delphi, señalaron la necesidad de atender temas relacionados con: la génesis y prevención del conflicto médico; la vinculación ético-jurídica de la práctica en medicina; el aprendizaje de las disposiciones legales vigentes en nuestro país sobre la práctica contemporánea de la medicina; el conocimiento de las resolución de controversias médicas; y de una manera especial la comunicación humana en la relación médico paciente.

En el presente trabajo, se analizan específicamente los resultados de esta intervención educativa en el tópico de la comunicación. En su procedimiento general, se expone a continuación el esquema que tuvo esta intervención educativa en los residentes de primer ingreso en los Institutos Nacionales de Salud; sus contenidos; los métodos educativos utilizados que incluyeron exposiciones, discusiones dirigidas y revisión de casos y los resultados de las evaluaciones al inicio y al final del seminario.

El objetivo general del curso fue analizar la vinculación de los principios éticos y legales en la regulación de la práctica de la medicina y su influencia sobre la *lex artis* como fundamento para comprender la génesis de los conflictos derivados del acto médico, las alternativas para solucionarlos y los mecanismos para prevenirlos. El tema de la comunicación humana fue explorado particularmente en correspondencia al objetivo planteado al presente trabajo.

Las estrategias educativas<sup>(21-25)</sup> se orientaron a la promoción del aprendizaje autónomo y la reflexión crítica, orientadas al desarrollo de habilidades de pensamiento, la relación de conceptos, y la toma de decisiones ante hechos concretos expuestos mediante análisis de casos. Para su desarrollo, las actividades educativas incluyeron técnicas didácticas tales como lectura crítica, exposición con preguntas y respuestas, discusión grupal dirigida, análisis crítico de casos, talleres y elaboración de ensayos. Se fomentaron actividades de trabajo autónomo previas a la sesión grupal. Las sesiones sobre comunicación humana, tuvieron diversos tiempos asignados, de acuerdo a las posibilidades de tiempo que los residentes tuvieron y esto varió de acuerdo a la institución en la que se impartió el seminario.

Las actividades de enseñanza con el tema de comunicación tuvieron una duración de 2 a 6 horas, con un promedio de 4 horas. Se programó la mitad del tiempo a la enseñanza del tema y la otra mitad al desarrollo de trabajo autónomo. En todas las sesiones educativas se destinaron hasta 30 mi-

nutos para la definición de conceptos y la solución de dudas de sesiones previas, así como de las derivadas de las actividades de trabajo individual. El resto del tiempo se dedicó a las actividades de trabajo en equipo, orientadas especialmente al análisis crítico de casos.

El coordinador de las sesiones sobre comunicación humana que se impartieron, fue al menos uno de tres integrantes de la Dirección General de Enseñanza e Investigación, que participó en un programa piloto de estandarización para la conducción del curso. La confiabilidad y la validez de las habilidades docentes de los participantes en la impartición del seminario, se verificaron a través de la concordancia en las actividades programadas para la conducción del curso entre los tres profesores. Se dio libertad de elegir otras estrategias educativas que el profesor consideró adecuadas de acuerdo a la dinámica del curso, siempre que no se apartaran del objetivo central de la clase y de los contenidos de enseñanza. En todos los casos el coordinador de la actividad académica estuvo auxiliado por al menos uno de los profesores estandarizados.

Para participar en el seminario, los alumnos debieron ser graduados de la licenciatura en medicina, egresados de las escuelas y facultades de medicina reconocidas por la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina de nuestro país, residentes de diferentes especialidades médicas de los Institutos Nacionales de Salud, que tuvieran capacidad de trabajo en equipo y dominio en el nivel de comprensión de lectura de textos técnicos en inglés. Estos atributos fueron expuestos como criterios de ingreso, a los responsables de las actividades de enseñanza de dichas instituciones.

Se tuvo como perfil de egreso, que al terminar el curso, el alumno fuera apto para identificar, comprender, analizar y reflexionar críticamente sobre los componentes de la buena práctica de la medicina bajo los principios de la Lex Artis, de la bioética, deontología médica y marco normativo de la práctica de la medicina con especial énfasis a los elementos de una buena comunicación, así como los medios alternos para dar solución a las controversias y los elementos útiles a tomar en consideración para prevenir conflictos y alejarse de la práctica de una medicina defensiva.

Los sedes del seminario fueron los espacios destinados a las actividades de enseñanza de los Institutos Nacionales de Salud, proporcionados por las autoridades educativas de los hospitales.

Se programaron actividades de evaluación que incluyeron al inicio: una evaluación de conocimientos (diagnóstico); una evaluación final a través de un examen estructurado y análisis de casos, para valorar los aprendizajes; la calidad del programa educativo, en términos de respuesta a las necesidades de aprendizaje expuestos por la institución, pertinencia de los contenidos estratégicos, métodos y técnicas di-

dácticas para el logro del objetivo general del curso y del perfil del egresado, así como a la organización de los contenidos del programa y la medición de la satisfacción de los participantes. Se verificó que los alumnos participaran en al menos 80% del tiempo asignado a esta intervención educativa. Menos de 1% de los alumnos expuesto al programa fue excluido por este motivo.

Las variables en torno al tema de comunicación que fueron exploradas en los residentes, incluyeron: el estilo de la atención médica<sup>(26)</sup>; el enfoque en la relación médico paciente<sup>(27)</sup>; las barreras reconocidas por los residentes sobre sus habilidades de comunicación; la dinámica utilizada en el proceso de comunicación clínica y la satisfacción sobre el curso recibido.

Los resultados de las evaluaciones practicadas fueron procesadas para representaciones gráficas y Ji<sup>2</sup> para asociación de variables y diferencia por género con el programa estadístico SPSS. En todos los casos el nivel de significancia estadística se fijó a un alfa de 95%.

## Resultados

Los tópicos que se abordaron como resultado de la intervención educativa incluyeron la teoría básica de la comunicación, los métodos y técnicas de comunicación y los modelos de la relación médico paciente. Los contenidos educativos abordaron, a su vez, el proceso de comunicación y la explicación de cada uno de los elementos: emisor, receptor, canal, mensaje, codificación y decodificación, ruido y contexto; la comunicación verbal y no verbal; los factores que afectan la comunicación; la individualidad del paciente y el significado de su enfermedad y los métodos para mejorar la comunicación (*Figura 1*).

En la evaluación cuantitativa de los exámenes que se aplicaron al inicio y al final del seminario, con el objeto de identificar los conocimientos de los residentes sobre el tema de la comunicación, se obtuvo una calificación de 3.4 y 6.9 respectivamente. Los alumnos tuvieron un aumento de 49% en el conocimiento y las habilidades de pensamiento en relación a los conceptos de comunicación. El índice de ganancia educativa, que se obtuvo a partir de la relación porcentual de la calificación inicial y final fue de 1.7, lo que indicó que los alumnos mejoraron significativamente en sus conocimientos y destrezas para manejar conceptos relacionados con la comunicación clínica.

Por otra parte, en 80% de los alumnos y alumnas se encontró un estilo de atención médica de tipo biopsiquiátrico y paternalista, centrado en las manifestaciones orgánicas de la enfermedad, que no consideró la voz del paciente y con un predominio de los valores intelectuales del médico. Los otros estilos de atención de tipo deliberativo, informativo, interpretativo e instrumentalista se encontraron en 20% restante,

sin un predominio característico de estos estilos. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la proporción de los patrones de los hombres y de las mujeres evaluados con distribución  $\chi^2$ .

En las mujeres se apreciaron menos dificultades en las habilidades para la comunicación (13%) que en los hombres (19%), diferencia que fue estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Sin embargo, en 59% de las mujeres y 60% de los residentes manifestaron la falta de habilidades técnicas para comunicarse con su paciente. En una proporción similar, es decir ocho de cada 10 alumnos evidenciaron la presencia de barreras de la comunicación y su dificultad para sortearlas.

Producto de la intervención educativa hubo elevada proporción de alumnos que asistieron al curso que, mejoraron en sus conocimientos y habilidades de pensamiento sobre el tema de comunicación humana. La figura 2 lo ilustra. La proporción de la ganancia educativa, fue similar en hombres y mujeres.

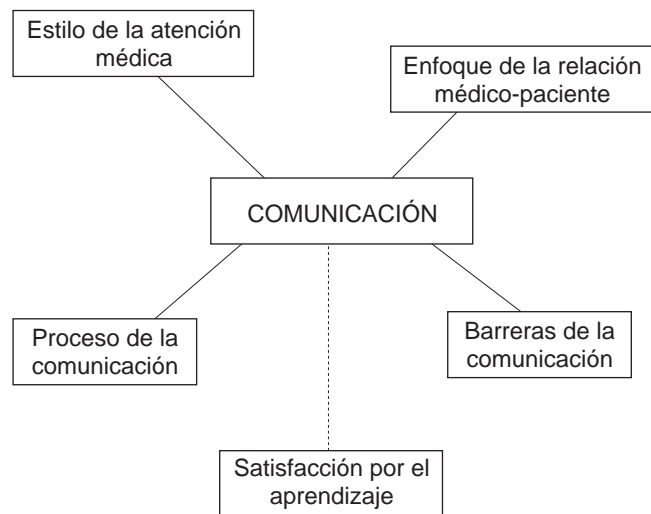
La figura 3 representa la satisfacción de los alumnos por el seminario impartido. La medición de la satisfacción de los usuarios de las actividades de enseñanza se realizó mediante un cuestionario estructurado de 10 preguntas con respuestas cerradas tipo escala de Likert que midieron el grado de aceptación, en un margen entre totalmente de acuerdo (calificación de 5) totalmente en desacuerdo (calificación de 1) relacionadas con la suficiencia en el tiempo destinado a las actividades educativas, la pertinencia de las estrategias educativas utilizadas por los docentes para propiciar el aprendizaje de los alumnos, la calidad de los materiales didácticos, la organización de las actividades, el cumplimiento con lo programado, la aplicación del conocimiento aprendido en la práctica, el grado de comprensión de los contenidos y la satisfacción de las expectativas de los usuarios. Se incluyeron además tres preguntas abiertas que midieron las características sobresalientes del seminario, los aspectos a mejorarse y los aprendizajes que pudiesen modificar la vida profesional de los alumnos.

## Discusión

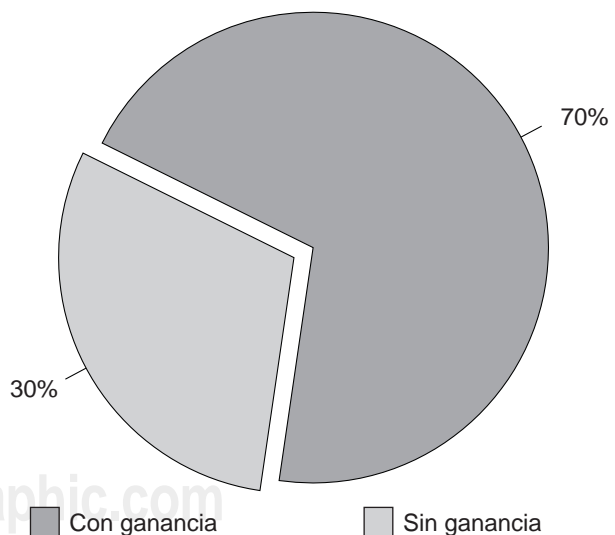
Los datos del presente estudio indicaron que ocho de cada 10 residentes de especialidad, presentaron carencias significativas de conocimientos y habilidades sobre la comunicación humana en la relación médico-paciente. En esa misma proporción, ocho de cada 10 alumnos presentaron un enfoque de atención médica centrado en la biología de los pacientes, un estilo en la relación médico-paciente de tipo paternalista, con significativas barreras para la comunicación y con una dinámica inadecuada para sortear estas barreras. Estos hechos son similares a los reportados en la literatura mundial<sup>(16-19, 28,29)</sup>.

El término comunicación médico-paciente se refiere a un amplio margen de interacciones entre los dos principales actores del acto médico. Éste abarca desde el estilo conver-

sacional del médico hasta los pensamientos más profundos y preocupaciones que muestra el paciente. Es claro que la calidad y el contenido de la interacción del médico y de su paciente, tiene importantes repercusiones para ambos. Por ejemplo, una comunicación adecuada con los pacientes se encuentra asociada a una mejoría en el apego al tratamiento<sup>(16)</sup>, mientras que los estilos de la comunicación del pa-



**Figura 1.** Contenidos explorados sobre el tema de la enseñanza de la comunicación humana en la práctica en residentes de especialidades clínicas.



**Figura 2.** Proporción de residentes de especialidad que obtuvieron mejoría en los conocimientos y en las habilidades de pensamiento sobre la comunicación humana, en la práctica de la medicina.

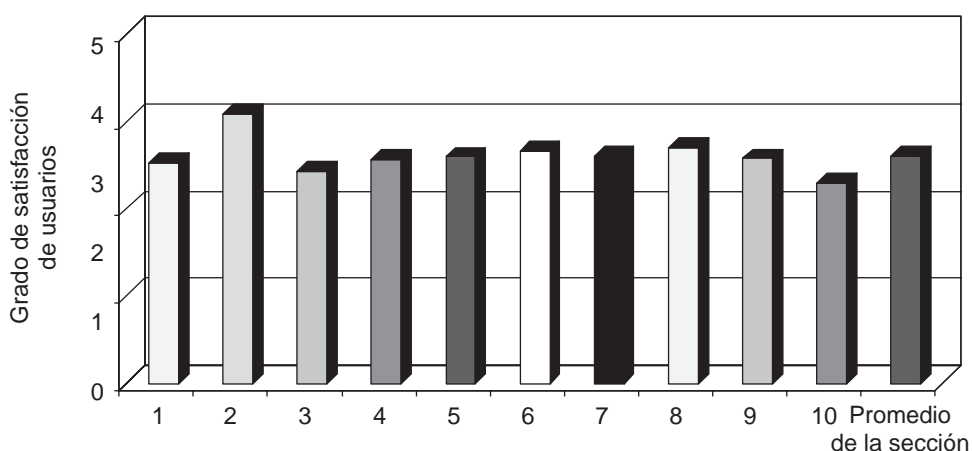
ciente se asocian a una disminución en el riesgo a presentarse un conflicto médico<sup>(29-31)</sup>.

Las carencias observadas en los alumnos tienen su origen en la ausencia de cátedras en las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud. Una revisión exhaustiva efectuada en los currícula de las Escuelas y Facultades de Medicina del país, no encontró materias formales u optativas que abordaran el tema, limitándose el aprendizaje de los alumnos a la vivencia que se tiene con los profesores de las fases clínicas y a los contenidos limitados del aprendizaje de la entrevista clínica en las materias relacionadas con la prope-  
deútica médica. Esta condición se identifica internacionalmente y existe un reconocimiento mundial de incidir sobre este tópico<sup>(19,28,32,33)</sup>.

Abordar el tema de la enseñanza de la comunicación humana en medicina es complejo. Para abordarlo se tienen que considerar y relacionar cuatro conceptos fundamentales y

reflexionar sobre ellos. El primero, sobre la práctica contemporánea de la medicina; el segundo, sobre los nuevos planteamientos de la enseñanza en la formación de los nuevos profesionistas en el pre y postgrado en medicina; el tercero, sobre la enseñanza de la comunicación humana en la formación del médico y por último, la comunicación como una posible fuente de controversia en medicina. En un arreglo ordenado sobre el estudio de la relación de estos cuatro conceptos entre sí, por ejemplo relacionar la enseñanza con medicina, enseñanza con comunicación, comunicación con medicina, nos llevaría a 24 combinaciones lo que habla de la complejidad para el abordaje del tema. El tema se hace más complejo, cuando se incorporan los elementos de factores y condiciones que afectan a estas relaciones.

De acuerdo con una publicación reciente de McNutt et al<sup>(34)</sup>, las principales categorías se ubican en los factores humano, organizacional y técnico. En el factor humano se



#### Evaluación de los alumnos con respecto a la operación del seminario

1. ¿El tiempo destinado para desarrollar las actividades fue?
2. ¿El aula fue adecuada para cada una de las sesiones?
3. ¿Las estrategias de enseñanza propiciaron mi aprendizaje?
4. ¿El material de apoyo utilizado por los profesores favoreció mi aprendizaje?
5. ¿Las lecturas propuestas fueron adecuadas a mi nivel académico?
6. ¿Se revisaron todos los contenidos propuestos por este seminario?
7. ¿Durante el desarrollo del seminario, los profesores titulares estuvieron presentes?
8. ¿Las actividades del seminario se desarrollaron de manera organizada?
9. ¿Comprendí los contenidos del seminario?
10. ¿Mis expectativas con respecto al desarrollo del seminario fueron satisfechas?

**Figura 3.** Satisfacción de los alumnos que participaron en el seminario.



encuentran aspectos tales como la fatiga por el trabajo excesivo, el escaso entrenamiento, la comunicación pobre, la ausencia de sistemas de control, la hostilidad, los distractores, el juicio inadecuado, la falta de reflexión sobre el acto médico y el error presente en sus actividades cotidianas. En el factor organizacional invoca el diseño de los espacios de trabajo, los esquemas de planeación y sistemas de monitoreo, los aspectos administrativos y financieros, la falta de liderazgo e incentivos dentro de una organización, un manejo gerencial adecuado, la deficiente actualización de la tecnología, los sistemas de supervisión, la falta de pericia, la adherencia del personal a los objetivos de una organización. Finalmente en el factor técnico, la escasa automatización, la falta de equipo, la complejidad de las tareas, la falta de integración de equipos de trabajo, la escasa información y la ausencia de procedimientos dentro de la organización relacionadas con la comunicación clínica. Sin embargo, el elemento común y particularmente importante es la ausencia de una comunicación abierta, profunda y honesta con los pacientes como se ha sugerido por otros autores<sup>(35-37)</sup>.

Los hechos más relevantes, como producto de la impartición del seminario, incluyeron la aceptación total de los alumnos de que el curso les mejoró la comunicación, tuvieron mayores elementos para mejorar la relación médico paciente y la elaboración del expediente clínico al poder recabar mayor información de parte del paciente, una mayor conciencia sobre la importancia de los aspectos éticos, normativos y de la comunicación en la práctica de la medicina.

En ciencias sociales, para comprender la causalidad de un fenómeno, se recurre al modelo de factores y condiciones. Por condición, se entiende un aspecto de la realidad difícil de cambiar que se asocia a un resultado, mientras que los factores son aspectos de la realidad que se pueden modificar. Este modelo se puede incorporar al análisis de las conclusiones de este trabajo. Un comentario especial merecen los orígenes de la realización de esta experiencia educativa y fue producto de la Encuesta tipo Delphi aplicada en 2001, basada en 90 opiniones calificadas de líderes de opinión pertenecientes a representantes significativos de la medicina de nuestro país, que indicaron la 90% necesidad de incluir desde la etapa de formación temas de prevención sobre la controversia en medicina: en los currícula de pre y postgrado, 83%; en programas de educación médica continua, 85% y en instrumentos de certificación y re-certificación, 76.3%. Estos hechos indican la necesidad sentida en nuestro país, para que se incorporen temas relacionados con el conocimiento y el desarrollo de habilidades de la comunicación humana en el ejercicio profesional de la medicina, desde la etapa de formación y aún como reforzamiento para la práctica profesional.

Como producto de la intervención educativa, es posible afirmar que existe una ganancia significativa, aun con in-

tervenciones breves sobre el tema y que este hecho es congruente con otros estudios relacionados a intervenciones de enseñanza de corta duración<sup>(38)</sup>. Como reforzamiento, el reporte de Humprhis correspondiente a un estudio de Cohorte de dos observaciones en 343 alumnos de pregrado, indicó que la exposición temprana favorece una mejor comunicación clínica, el comportamiento es estable a lo largo de toda la carrera, y se asocia a un mejor desempeño clínico, lo que destaca la importancia de incidir con este tipo de actividades.

En conclusión, la intervención educativa que se tuvo en los residentes, indica la necesidad de sistematizar la adquisición de capacidades, habilidades, actitudes y valores en la esfera socio-humanista de la medicina en el currículo académico de la formación de médicos, la cual debe incluir aspectos relacionados con la ética médica, la normatividad y sobre todo reforzar la comunicación interpersonal en la práctica de la medicina. Esta necesidad de clarificar y hacer efectivas las interacciones con los pacientes hacen que la comunicación entre el médico y el paciente se convierta en un aspecto de considerable importancia clínica en la actualidad, que tiene que ser abordado, desde las etapas tempranas de su formación en la mejora de la calidad y en la prevención del conflicto médico.

## Referencias

1. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. *JAMA* 2000;283:1731-1737.
2. Nakajima K, Keyes C, Kuroyanagui T, Tatara K. Medical malpractice and legal resolution systems in Japan. *JAMA* 2001;285(12):1632-1640.
3. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Sat Health Care* 2002;11:340-344.
4. Nguyen TV, Hillman KM, Buist MD. Adverse events in British hospitals. *Br Med J* 2001;322:1425.
5. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 1996;335:1963-1967.
6. Brasel KJ, Layde PM, Hargarten S. Evaluation of error in medicine: application of a public health model. *Acad Emerg Med* 2000;7:1298-1302.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. I. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-376.
8. Kondro W. Canadian doctors' leaders take charge of project to reduce medical error. *Lancet* 2001;6:1167.
9. Fenn P, Rickman N, Gray A, Diacon S, Hodges R. Current cost of medical negligence in NHS hospitals: analysis of a claims database. *Br Med J* 2000;320:1567-1571.
10. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Int Med* 2003;138:161-167.
11. Cockburn J, Pit S. Prescribing behavior in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations. *Br Med J* 1997;315:520-523.

12. Charles C, Whelan T, Gafni A, Willan A, Farrell S. Shared treatment decision making: what does it mean to physicians? *J Clin Oncol* 2003;21:932-935.
13. Woods D. Medical error: what do we know? What do we do?. *Br Med J* 2002;325:285.
14. CONAMED: Informe de actividades 2002. Médico, D.F. Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2002.
15. Tena TC, Ruelas Barajas E, Sánchez-González JM, et al. Derechos de los Pacientes en México. *Rev Med IMSS* 2002;40(6):523-529.
16. Tritter LH. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Med Ed* 2001;35:855-861.
17. Dubé C, O'Donnell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. *Acad Med* 2000;75:s45-s54.
18. Markakis KM, Bechman HB, Schuman AL, Frankel RM: The path to professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residence training. *Acad Med* 2000;75:141-149.
19. Ihler E. Editor's note: patient-physician communication. *JAMA* 2001;289(1):92.
20. CONAMED: Encuesta sobre las necesidades y expectativas de enseñanza e investigación para la atención prevención del conflicto en medicina. México, D.F.: Documento técnico elaborado por la Dirección General de Enseñanza e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2001.
21. American Board of Internal Medicine. Committee on Evaluation of Clinical Competence. Project professionalism. Philadelphia, PA, USA: ABIM; 1995.
22. Smith RC, Lyles JS, Mettler J, et al. The effectiveness of an intensive teaching experience for residents in interviewing. A randomized controlled study. *Ann Int Med* 1998;128:118-126.
23. Novack DH, Suchmann AL, Branc WT. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA* 1997;278:502-509.
24. Fuller FF. Concern of teachers: a developmental conceptualization. *Am Ed Res J* 1969;6:207-236.
25. Hughes D. An experimental investigation of the effects of pupil responding and teacher reacting on pupil achievement. *Am Ed Res J* 1973;10:21-37.
26. Jinich H. El médico y su paciente. México: Editorial JGH; 1998.
27. Cohen H. The performance of doctors: the new professional. *Lancet* 1999;353:1174-1177.
28. Lee S. Medical students and remediation of error. *JAMA* 2001;286(9):1082-1083.
29. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication; the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-557.
30. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994;343:1609-1613.
31. Localio AR, Weaver SL, Brennan TA, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *N Engl J Med* 1991;325:245-251.
32. Lester H, Tritter JQ. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Med Ed* 2001;35:855-861.
33. Jones R, Higgs R, de Angelis C, Pridaux D. Changing face of medical curricula. *Lancet* 2001;357:699-703.
34. McNutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient safety efforts should focus on medical errors. *JAMA* 2002;287(15):1997-2000.
35. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994;343:1609-1613.
36. Kinner ED. Malpractice reform in the 1990's. Past disappointments, future success? *J Health-Politics Policy Law* 1995;20:90-135.
37. Fritsche I, Greenhalgh T, Falck-Ytter Y, Neumayer HH, Kunz R. Do short courses in evidence based medicine improve knowledge and skills? Validation of Berlin Questionnaire and before and after study of courses in evidence based medicine. *Br Med J* 2002;325:138-141.
38. Humphris GM. Communication skills knowledge, understanding and OSCE performance in medical trainees: a multivariate prospective study using structural equation modelling. *Med Ed* 2002;36:842-852.

