

Convergencias disciplinarias en la formación médica: comunicación y derecho para reducir la práctica médica defensiva

Laura Elizabeth Velázquez Tamez^{a,*}

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: En la medicina defensiva el médico pierde seguridad y confianza en sí mismo, modifica su práctica por el temor a ser demandado. Por tanto, el dominio de la ciencia médica debe ser complementado con el conocimiento de frontera a dicha disciplina, que se vuelve necesario en virtud de las transformaciones sociales que han modificado la relación médico-paciente.

Objetivo: Exponer la necesidad que el médico tiene de empoderarse a través del conocimiento en las áreas de comunicación y derecho para comunicarse asertivamente con el paciente, conocer de manera amplia el marco jurídico que regula el derecho a la salud y comprender no solo sus obligaciones como profesional, sino también sus derechos y los lineamientos jurídicos sobre los cuales orientar su actuación.

Método: Se realizó un estudio cualitativo con un muestreo propositivo e intencional con la técnica de la entrevista en profundidad. Participaron 30 médicos de diversas especialidades que ejercen en consulta pública y/o privada en la ciudad de Monterrey.

Resultados: Con la investigación se obtuvieron 23 subcategorías de análisis que permiten comprender de manera más profunda la práctica médica defensiva y los factores relacionados. Entre estos, se destaca en el presente reporte: la falta de conocimientos jurídicos suficientes con respecto al acto médico, así como la necesidad de desarrollar una competencia comunicativa en el médico que impacte positivamente en la relación médico-paciente.

Conclusiones: Mediante dicha investigación se pudo conocer que los médicos expresan la necesidad de recibir una formación en estas dos disciplinas que convergen

^aInvestigadora independiente.

Recibido: 2-abril-2019. Aceptado: 8-junio-2019.

*Autor para correspondencia: Laura Elizabeth Velázquez Tamez. Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Paseo del Acueducto S/N, Colonia Del Paseo Residencial, C.P. 64920, Monterrey, N.L.

Teléfono: 0181 8337-7973.

Correo electrónico: laura.velazquez0720@yahoo.com

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México. 2007-5057/© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.33.19182>

en la relación médico-paciente y el deseo que muestran porque se les brinde no solo a los futuros médicos, sino también a los médicos en ejercicio mediante cursos de capacitación continua. La inclusión de estos conocimientos como complementarios a la formación del médico puede ser un factor que reduzca la incidencia hacia la práctica médica defensiva.

Palabras clave: Formación médica, medicina defensiva, estudio cualitativo.

© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Disciplinary Convergence in Medical Education: Communication and Law to Reduce Defensive Medical Practice

Abstract

Introduction: In defensive medicine the doctor loses reliability and confidence in himself, modifies his practice due to fear of being sued. Therefore, the knowledge of medical science must be complemented with the border knowledge that becomes necessary by virtue of the fact that social transformations have modified the doctor-patient relationship.

Objective: It exposes the need that the doctors have to empower themselves through knowledge in the areas of communication and law to communicate assertively with the patient, knowing in a broad way the legal framework that regulates the right to health, including not only their

obligations as professionals but also their rights and legal guidelines on which to guide their actions.

Method: A qualitative study was carried out with a purposive and intentional sampling with the in-depth interview technique. Participated 30 physicians from different specialties who practice in public and / or private consultation in Monterrey city.

Results: The investigation yielded 23 subcategories of analysis that allow to understand more deeply the defensive medical practice and its related factors. Among these stand out: the lack of sufficient legal knowledge regarding the medical act that the doctor recognizes as necessary, as well as the need to develop a communicative competence in the doctor that positively impacts the doctor-patient relationship.

Conclusions: As a result of this investigation, it was known that doctors express a need to receive training in these two disciplines, law and communication, which converge in the doctor-patient relationship and the desire that they have for receive this instruction not only to future doctors but also to graduated doctors, through continuous training courses. The inclusion of this knowledge as complementary to the training of the physicians can be a factor that reduces the incidence towards defensive medical practice.

Keywords: Medical education, defensive medicine, qualitative study.

© 2020 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La medicina defensiva desvirtúa el sentido de la medicina¹⁻³. Se caracteriza porque el médico solicita análisis, procedimientos o interconsultas, que resultan innecesarios, y evita procedimientos de alto riesgo con el propósito principal de evitar un juicio en contra por mala práctica médica⁴. Sus consecuencias son un incremento en el gasto en materia de salud, la pérdida de tiempo, y una disminución en la confianza entre el médico y el paciente⁵. Es un círculo

negativo que afecta la relación debido a una desconfianza mutua. Los criterios que siguen los médicos para identificar a los pacientes como demandantes potenciales, fractura la relación médico-paciente y genera reclamo⁶. Exacerba el problema porque en lugar de proteger al médico de una demanda, se crea un clima de inseguridad, desconfianza y provocación, con lo cual las demandas ocurren con más frecuencia⁴.

En países como Paraguay, la medicina defensiva

se presenta en un 82%⁷; en Estados Unidos la cifra alcanza el 96%⁸. En México la incidencia es del 92%⁹. De continuar esta tendencia se afectaría la estabilidad económica del sector salud al impactar el presupuesto asignado a este rubro⁶. Esto puede revertirse con la práctica de una medicina asertiva¹⁰. Tena et al.¹¹ y Sánchez-González et al.¹² refieren que esto será posible con una buena comunicación, que es la base de la relación médico-paciente, la sujeción del acto médico a la *lex artis ad-hoc* y el respeto de los derechos de ambas partes.

En este reporte se responden a las siguientes preguntas: ¿Cómo desarrolla el médico competencia comunicativa? ¿Considera suficientes los conocimientos que tiene del marco jurídico que regula el acto médico? ¿Cuál es la importancia que le atribuye el médico a la comunicación con su paciente?

La comunicación efectiva es una habilidad aprendida, más que un rasgo de personalidad, es deseable incluir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular del área médica¹³. La comunicación es clave en la relación médico-paciente y la información que el médico le brinda al paciente se debe adaptar a sus condiciones físicas, psíquicas y sociales³.

Ríos-Álvarez et al.¹⁴ refieren que en su mayoría los médicos establecen relaciones superficiales con sus pacientes, centrados en los aspectos fisiológicos y sistemáticos, sin tener en cuenta a los pacientes como seres integrales. López-Ramón et al.¹⁵ revelan que los pacientes desean que el médico les enseñe y muestre interés en ellos; la toma de un papel pasivo por parte del paciente en la relación dificulta no solo la adherencia a un tratamiento, sino también la comunicación entre ambos.

Moreno et al.¹⁶ precisan que el conflicto en la relación médico-paciente surge cuando al paciente se le ve como un objeto. Lifshitz¹⁷ señala que el paciente es padeciente, pero que es un participante activo con poder de decisión y no un procesador de órdenes del médico.

La buena comunicación engloba otras competencias muy necesarias en el médico, como la empatía, se requiere ser comprensivos para brindar información pertinente sin llegar a ser impositivos¹⁸. En ese sentido, no regañar al paciente, sino educarlo, apoyarlo en la toma de decisiones mejor orientadas. Esto solo se logra con un buen manejo de la habili-

dad comunicativa en el médico que ha aprendido a comunicar con inteligencia¹⁹.

No basta con que el médico conozca los límites y alcances de la ciencia, sino que es necesario que el paciente tome conciencia de ello para evitar crear expectativas irreales sobre la intervención del médico y los resultados en la salud del paciente. “No hay recetas rápidas para mejorar la relación médico-paciente. Comunicar a un nivel de competencia profesional envuelve un conjunto de habilidades complejas e interrelacionadas, y aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas es una tarea de toda una vida”¹³.

Si un médico tiene unas adecuadas habilidades de comunicación clínica, disminuye considerablemente el número de demandas recibidas, y aumenta el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento y su nivel de satisfacción²⁰. Investigaciones apuntan que la adecuada comunicación se correlaciona positivamente con un mejor diagnóstico, que disminuye las posibilidades de que el médico vaya a juicio por una mala práctica debido a que el paciente tendrá mejor adherencia al tratamiento, existirá una mayor satisfacción usuaria y un mejor desenlace²¹. No obstante, a menudo, los conceptos que tienen los pacientes y los médicos son distintos y de ahí surge el conflicto²².

Quienes presentan una queja no solo buscan una conciliación a través de un arreglo económico, desean además que el médico se disculpe por lo actuado²³. Esto ilustra que en la relación médico-paciente, los sentimientos y emociones de ambas partes se encuentran involucrados. El médico, al ser un sujeto con emociones, puede moverse a través de ellas y sentirse atemorizado o experimentar incertidumbre por posibles demandas por parte de quienes acuden a consulta, lo cual impactará en su práctica y estilo de atención.

Los casos recientes de médicos demandados pueden ser un detonante para que el médico cambie su práctica habitual y caiga en la medicina defensiva en base a las experiencias que observa²⁴. Cuando el médico enfrenta una demanda, experimenta incertidumbre sobre su propia culpabilidad, sobre el significado de un lenguaje judicial que ignora, sobre la comprensión que tienen los jueces del acto médico que juzgan y sobre las consecuencias que esto tendrá en su economía y su prestigio profesional²⁵.

Tradicionalmente se ha sostenido que el médico ostenta una posición privilegiada frente al enfermo que le es dada por poseer el saber de la ciencia médica, el cual debe aplicar diligentemente en beneficio de su paciente y orientarlo a la toma de decisiones bien informadas²⁶. Entonces, el médico tiene un poder que le brinda ser poseedor de un conocimiento, pero este empoderamiento queda rebasado por su sentimiento de temor a una demanda. En la práctica médica defensiva esta distinción de privilegios y reconocimiento social hacia la profesión, se desvanece y el médico se autolimita por el temor a una demanda, y en evitarla centra el fin de la atención médica que brinda, pero ¿cuál es el origen de dicho temor?

Se teme lo que se desconoce, el médico teme al conflicto jurídico por que desconoce cómo prevenirlo y cómo hacerle frente; por tanto, el empoderamiento renace en la medida que el médico se apropia del conocimiento de frontera a su disciplina, no solo en el área médica, sino en aquellas disciplinas con las cuales se entrelaza el acto médico: derecho y comunicación. En ese sentido, la relación médico-paciente es vista con un enfoque transdisciplinario, donde el análisis de dicho objeto de estudio no se reduce a un marco teórico, sino que va más allá y se enlaza con aquellas disciplinas con las que converge.

Entonces, los médicos necesitan conocer con suficiente amplitud los aspectos jurídicos relacionados a su práctica médica, no solo que la medicina no es una ciencia exacta que no puede asegurar resultados favorables en todos los casos²⁷, sino que por tal motivo la *lex artis* conforma los criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo, comprometiéndose solo a emplear todos los recursos disponibles sin garantizar un resultado final curativo²⁸.

Conocer que, los errores médicos son distintos de la mala práctica y saber distinguir la línea entre ambos²⁹. Distinguir entre proceso penal y proceso civil³⁰ y entre proceso jurisdiccional y el arbitraje, las instancias y las vías para recurrir las resoluciones que emite la autoridad en una controversia³¹, los límites de su responsabilidad profesional cuando actúa en un acto médico complejo donde intervienen varios médicos³², lo implícito a su deber de informar

al paciente³³, entre otros muchos aspectos esenciales que el médico debe conocer de manera amplia.

El catálogo que contiene los diez principales derechos de los médicos³⁴ que han sido difundidos someramente en dicho gremio, no le dan al médico, a pesar de su difusión, la confianza suficiente respecto a conocer la legislación que regula el acto médico, la cual le impone deberes, pero también derechos que le protegen, por lo cual se hace necesario profundizar en estos aspectos a fin de que el médico tenga como parte de su formación los aspectos jurídicos relacionados a su disciplina.

MÉTODO

Este reporte se desprende de los hallazgos de una investigación mayor en la que se realizó un abordaje transdisciplinario –derecho, comunicación y educación– para analizar las recurrencias del médico hacia la medicina defensiva. En dicha investigación se pudo conocer, a través del análisis del discurso del médico, los elementos relacionados a la práctica médica defensiva, descritos en 23 subcategorías de análisis.

Se siguió un diseño metodológico de teoría fundamentada, los datos recabados se analizaron desde nuevas perspectivas, es decir, se buscó comprender mediante una apertura epistemológica, el discurso del médico desde un enfoque distinto. Si bien la investigación de la que se desprende este reporte permitió conocer otros elementos relacionados a la medicina defensiva, entre ellos, aspectos sociales atribuibles a las instituciones de salud, en este reporte el enfoque está en aquellos aspectos que el médico refiere como conocimientos necesarios en su profesión y que pueden disminuir las recurrencias hacia la práctica médica defensiva.

Se ha considerado este aspecto como un tema relevante, pero poco explorado en la educación médica, por lo que el análisis de los datos permite generar teoría que explica los factores que estarían asociados a la práctica médica defensiva.

Estas subcategorías emergieron de los datos y son parte de un análisis realizado de momento a momento en el curso de toda la investigación. El análisis que se ha hecho para elaborar este reporte considera la conceptualización que hacen Tena et al.¹¹ y Sánchez-González et al.¹² de la medicina asertiva como propuesta para reducir la práctica médica defensiva

Tabla 1. Aspectos que se abordaron en la investigación mayor “Implicaciones del derecho a la salud y recurrencias hacia la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con diabetes tipo II”

Objetivo de investigación	Categoría de análisis	Subcategorías
1. Analizar la perspectiva del médico con respecto al derecho a la salud	1. Derecho a la salud	1. Agentes involucrados 2. Derechos 3. Instituciones
2. Caracterizar su discurso	2. Discurso médico	1. Vocación 2. Identificación con la profesión
3. Determinar si existen elementos de la práctica médica defensiva	3. Práctica médica	1. Búsqueda de apoyo para la toma de decisiones 2. Evasión de situaciones de riesgo para el médico 3. Emociones del médico 4. Acciones que considera le protegen de una demanda
4. Ver el impacto de esa visión en la atención a pacientes con diabetes tipo II	4. Atención a pacientes con diabetes tipo II	1. Duración de consulta 2. Medios y estrategias que utiliza para comunicarse con el paciente 3. Relevancia que otorga a las emociones y contexto del paciente 4. Noción de conflicto 5. Confianza y empatía 6. Conocimiento del paciente con diabetes tipo II 7. Rol que asume el médico 8. Rol que le atribuye al paciente 9. Conocimientos adicionales para mejorar su práctica

En la subcategoría 9 de la categoría 4 se ubica el análisis de los datos que se reportan en este manuscrito.

en la cual identifican tres elementos decisivos para no caer en una práctica médica defensiva, los cuales giran a dos ejes: buena comunicación con el paciente y conocimientos respecto al marco jurídico que rige el acto médico y que involucra también el conocer los derechos del médico y del paciente. Por tanto, en esta investigación se les preguntó a los médicos, entre otras cosas, si consideraban suficientes los conocimientos que tenían respecto al derecho a la salud, sobre los derechos de los pacientes, de sus derechos como médicos, y también sobre el desarrollo de estrategias comunicativas para mejorar su relación con el paciente.

Se utilizó un muestreo propositivo e intencional. Atendiendo a la búsqueda de la comprensión profunda del objeto de estudio para determinar el tamaño de la muestra³⁵, se llegó a la saturación de categorías con la participación de 30 médicos entrevistados de la ciudad de Monterrey. Se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad y se siguió lo establecido por Taylor et al.³⁶ para investigaciones cualitativas respecto al muestreo y la forma de conducir las entrevistas en un ambiente de empatía con cada médico entrevistado, se ahondó sobre

aspectos que el médico consideraba importante compartir.

El instrumento diseñado para desarrollar la investigación mayor consta de 60 preguntas, los participantes fueron contactados en hospitales públicos y privados donde se les dio a conocer el objetivo de la investigación y se acreditó su legitimidad con la documentación correspondiente. Las entrevistas fueron grabadas en audio con el consentimiento de los participantes y posteriormente transcritas por la investigadora a fin de extraer patrones y derivar categorías de análisis.

En la **tabla 1** se describen los aspectos que incluyó la investigación mayor. Este abordaje permitió conocer que la falta de conocimiento sobre el marco jurídico y de estrategias comunicativas, son factores relacionados, en el discurso del médico, a la práctica médica defensiva.

Consideraciones éticas

Los sujetos participantes tuvieron conocimiento de los fines académicos de la investigación y dieron su consentimiento para participar de manera voluntaria, anónima y sin recibir ningún tipo de compensación.

Tabla 2. Resultados de la investigación "Implicaciones del derecho a la salud y recurrencias hacia la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con diabetes tipo II"

Categorías resultantes	Subcategorías
1. Derecho a la salud desde la perspectiva del médico	1. Definen el derecho a la salud en términos de acceso y cobertura. Desconocen el marco jurídico aplicable
	2. Desean una mejora del sistema de salud y una revisión de la legislación de la materia
	3. Consideran que sus derechos no son reconocidos por sus pacientes, las instituciones, ni difundidos por la sociedad
	4. Critican el sistema de impartición de justicia para procesar a los médicos por una mala praxis
	5. Culpan a los medios de comunicación de mal informar al paciente con diabetes
2. Emociones y motivaciones en el discurso médico	6. Poseen sentido de altruismo que asocian con su vocación
	7. Intentan mantener sus emociones distantes de su práctica médica, pero no siempre lo logran
	8. Se motivan con el agradecimiento del paciente
	9. Atribuyen al paciente un papel protagónico
	10. Buscan la mejora continua conformando comunidades de aprendizaje con otros médicos
3. De las recurrencias de la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con Diabetes tipo II	11. Se sienten vulnerables y desconfían del paciente, esto se acentúa tratándose de instituciones públicas
	12. No hay un uso indiscriminado de apoyos tecnológicos para apoyar decisiones, sino un uso racional en función de las necesidades del paciente y de la disponibilidad de los recursos
	13. Consideran que es aconsejable terminar la relación médico-paciente cuando el paciente muestra una actitud de desconfianza en la consulta
	14. Visualizan el consentimiento informado y el expediente clínico como herramientas para defenderse legalmente de una eventual demanda
	15. Consideran necesario recibir capacitación jurídica y enseñanza de estrategias comunicativas para la comunidad médica
	16. No evaden atender urgencias o a pacientes con complicaciones
	17. Les disgusta ser cuestionados y/o desobedecidos por los pacientes
	18. Dedicar más tiempo a la consulta de un paciente con diabetes
	19. Citan al paciente con diabetes con mayor frecuencia, pero solo acude cuando se complica su estado de salud
	20. Previenen el conflicto con una buena comunicación, la consideran base de la relación
	21. Buscan el trato personal y directo con el paciente
	22. Procuran conocer el contexto emocional, familiar y social del paciente
	23. Informan al paciente con tacto matizando la información respecto a su padecimiento

Este manuscrito se desarrolla del análisis de la subcategoría número 15 referenciada en esta tabla.

RESULTADOS

Los indicadores referidos por Ramírez-Alcantara et al.⁹ Ortega-González et al.¹ y Sánchez-González et al.¹² para determinar la presencia de una práctica médica defensiva, fueron utilizados como base conceptual y metodológica para orientar la investigación mayor a fin de conocer el contexto en el que se desarrollan dichas acciones por parte del médico, para comprender ¿Por qué? y ¿Qué es lo que piensa y siente el médico a este respecto? El objetivo general de la investigación mayor fue caracterizar la perspectiva del médico respecto al derecho a la salud a través de su discurso, a fin de determinar si existen elementos de la práctica médica defensiva que impacten en la atención a pacientes con diabetes tipo

II. En base a esto, se obtuvieron 23 subcategorías de análisis que permiten comprender de manera más profunda la práctica médica defensiva y los factores relacionados, entre ellos, se destaca en este reporte la necesidad que refieren los médicos respecto a recibir capacitación jurídica y enseñanza de estrategias comunicativas, lo cual se aprecia en la subcategoría 15 de la **tabla 2**, y se profundiza en la **tabla 3** mediante la narrativa de los médicos.

DISCUSIÓN

Los resultados revelan que la medicina defensiva requiere un abordaje transdisciplinario y propuestas de solución desde lo educativo: formación del médico, lo político: estado de derecho, lo jurídico: contra-

Tabla 3. Resultados de la subcategoría de análisis número 15 referenciada en la tabla 2

Subcategoría de análisis número 15	Narrativa del médico
a) Conocimiento del marco jurídico que regula el acto médico	“Hoy en día el paciente exige más y demanda más y nosotros sí nos sentimos como desprotegidos porque no conocemos de leyes ni de derecho, solo nos enseñaron que era importante el llenado del expediente y el consentimiento informado y hasta ahí” (Médico entrevistado).
	“Algunos médicos tienen bases, a lo mejor, pero conocer bien medicina legal, yo creo que no, algunos probablemente si están mejor informados que otros, pero regularmente no, uno siempre está enfocado más a la medicina y no te pones a leer aspectos jurídicos o marco legal, aun y cuando ahora es más importante que en años anteriores, ahora los pacientes usualmente exigen más y consecuentemente demandan más” (Médico entrevistado).
	“En la carrera llevamos medicina legal, pero es muy general y yo creo que siempre pensamos como médico “a mí nunca me va a pasar”, pero siempre debemos estar actualizados y son temas que debemos saber, más en estos días con todos estos casos que están de moda demandar al médico” (Médico entrevistado).
	“Llevamos medicina legal en la escuela, pero nos enseñan a hacer dictámenes médicos, no estaba enfocado a que tenemos que defendernos del paciente, del procedimiento, nos falta, no conocemos muchas cosas” (Médico entrevistado).
	“La materia de medicina legal creo que te informa de algunas cosas, te enseñan consentimiento informado, te dicen que muchos médicos cobran por actas de defunción falsas y ese tipo de cosas, en general para algunas cosas muy generales sí te sirve para que no te cuenten y no te digan, pero no te hace un experto ni tienes con eso lo necesario para defenderte de una demanda como médico por un paciente que no está conforme, no sabemos muchas cosas que sería bueno conocer” (Médico entrevistado).
	“Uno no confía bien en las leyes ni en los abogados ni en el juez, porque ves que si alguien tiene palancas, pues se inclina la justicia para allá” (Médico entrevistado).
b) Conocimiento de estrategias comunicativas para mejorar la relación médico-paciente	“La información está ahí, las leyes y códigos, pero si quieres conocer, pues uno no sabe por dónde empezar, dónde buscar, en qué artículos o cosas que te pueden ayudar a estar mejor preparados en ese sentido” (Médico entrevistado).
	“La comunicación es algo que no nos enseñan, uno lo va aprendiendo con los años, pero en mi experiencia al principio sí me costaba decir las cosas, no las decía o era muy directa, el paciente se asustaba, no regresaba. Eso falta mucho, enseñar eso” (Médico entrevistado).
	“Yo creo que la comunicación es vital en la relación médico paciente, la materia de comunicación y de psicología también te ayuda mucho en ese aspecto, porque es importante expresarte bien y expresar tus ideas, porque vas a dar indicaciones al paciente que tiene que seguir, y si te explicas mal, el paciente a veces no te entiende, y si es de vital importancia, creo que deberían de cambiar esas materias y no enfocarse en leer libros, yo la lleve así y la verdad ya ahorita ni me acuerdo, es más que nada la práctica” (Médico entrevistado).
	“Los conflictos son problemas que se resuelven hablando directamente, los conflictos vienen principalmente por mala comunicación de inicio o por dar al paciente garantías o prometerle cosas que no son seguras, de ahí deviene el conflicto, si al paciente le garantizas que va a salir todo bien, que no va a haber nunca ningún problema y que todo va a ser al cien por ciento, y no fue así, pues de ahí viene el conflicto. Si tú de inicio le manejas la realidad, pues no hay conflicto” (Médico entrevistado).
	“Se debe mejorar la comunicación, enseñarlo desde la carrera, es que cuando estás afuera, nadie te enseña a hacerlo, tú lo vas puliendo con aciertos y errores, aprendes de los médicos con los que empiezas a trabajar, ver su trato con los pacientes, te fijas, pero nadie te dice que es importante hasta que te das cuenta que cuando el médico no se comunica bien, es más propenso a que el paciente esté inconforme y eso nadie te lo dice cuando eres estudiante” (Médico entrevistado).
	“La comunicación ayuda para sensibilizarte en el trato con pacientes, en el lado humano, pero hay pacientes que nomás no se puede tratar con ellos, sobre todo en la consulta pública, en la privada nunca te va a pasar que el paciente te grite, te diga cosas, y aquí sí pasa y tienes que saber cómo actuar para no generar un problema mayor y realmente ayudar al paciente, pero eso es a base de pura experiencia, en la escuela no ves eso” (Médico entrevistado).
	“Yo creo que, como médico, no le das la importancia del valor que tiene la comunicación, hasta que estás en consulta y ves que realmente es una herramienta poderosa para cumplir tu labor, eso depende ya de cada quien, nadie te enseña, sino que tú lo aprendes” (Médico entrevistado).
	“Vas desarrollando tu estilo, hacerlos [a los pacientes] consientes para que ellos mismos se hagan responsables, si no siempre va a haber esa dependencia de que “es que el médico no me dijo” entonces se entrega la batuta al paciente para que ya con eso que tú le estás ofreciendo, él va a decir: lo tengo que hacer porque, si no, va pasar esto; y de esa manera se crea una mayor responsabilidad por parte del paciente, pero ya es estilo propio del médico para saber cómo dirigirse, lo aprendes con el tiempo, yo por ejemplo leo a veces artículos sobre eso, porque en la carrera esos temas no se veían mucho” (Médico entrevistado).

dicciones, vacíos y lagunas legales en la regulación del acto médico, y lo social: el papel de los medios de comunicación y su influencia en el juicio crítico de los pacientes con respecto al cuidado de su propia salud así como la ética que se requiere al difundir presuntos casos de malas prácticas médicas. En este reporte, el análisis se centra en la formación del médico, pero se mencionan estos aspectos que también están relacionados para ilustrar la complejidad de dicho problema.

Parte de los hallazgos de esta investigación es justamente la necesidad que identifica el propio médico con respecto a aprender conocimientos jurídicos relacionados con el área médica, a fin de reducir el temor de un conflicto jurídico derivado del acto médico, al tener en claro sus derechos y obligaciones, y saber cómo actuar para evitar una demanda.

En ese sentido, los médicos respondieron que se sienten vulnerables porque no cuentan con conocimientos amplios sobre la legislación que rige en materia de salud, y resaltaron que los medios de comunicación difunden sus obligaciones, pero no sus derechos, enfatizando siempre los presuntos errores médicos, difundiendo en la sociedad una imagen negativa de la profesión. Definieron como insuficientes los conocimientos que recibieron en la carrera de medicina con respecto a los aspectos jurídicos relacionados a su disciplina y que, en virtud de las transformaciones sociales que impactan la relación médico-paciente, se vuelven más necesarios que antes. La **tabla 3** presenta las opiniones de los médicos.

Investigaciones recientes apuntan que hay un desconocimiento de los médicos sobre el marco jurídico que regula el acto médico³⁷ y sobre su responsabilidad profesional³⁸, no obstante que el factor jurídico es fundamental en el ejercicio profesional del médico³⁹.

Los médicos también destacaron la necesidad de adquirir durante su formación competencias comunicativas que les permitan sostener una adecuada relación médico-paciente. Los participantes refirieron haber desarrollado la habilidad para comunicarse asertivamente con la práctica, una vez que estaban ejerciendo en la consulta, a base de prueba y error, como se puede apreciar en la **tabla 3**.

En ese sentido, Hamui-Sutton et al.⁴⁰ proponen

enseñar las habilidades de comunicación utilizando un modelo pedagógico tridimensional. Otros investigadores resaltan que esta habilidad se desarrolla con su ejercicio⁴¹ y que es fundamental para la interrelación médico-paciente⁴².

Los resultados de la presente investigación destacan como un área de oportunidad el considerar estos contenidos en la planeación curricular de la carrera, que considere un aprendizaje transversal. Lifshitz et al.⁴³ precisan que existe un reto en las escuelas de medicina para integrar materias que parecen independientes.

Limitaciones: Los resultados revelan que la competencia comunicativa y el conocimiento del marco jurídico podrían disminuir las recurrencias hacia la práctica médica defensiva, no obstante, en el propio discurso del médico se aprecia que otros factores sociales e institucionales también tienen algún tipo de influencia en su práctica médica, por lo que es difícil establecer el impacto real que tendría la adquisición de estos conocimientos por parte del médico sobre la disminución de la práctica médica defensiva. El muestreo no estadístico no permite establecer una generalización.

CONCLUSIONES

La práctica médica defensiva inicia con el temor del médico a ser demandado, por lo cual deforma su práctica médica, buscando protegerse de una eventual demanda. El sentimiento de temor y vulnerabilidad del médico se contrarresta con el empoderamiento que le brinda el conocimiento, no solo de la ciencia médica, sino también del marco jurídico que le otorga obligaciones, pero que también le ampara y le protege, así como del conocimiento de estrategias comunicativas que lo lleven a comunicarse asertivamente con el paciente y le permitan construir relaciones interpersonales que benefician a ambas partes.

La falta de conocimiento sobre el marco jurídico que regula el acto médico, así como de los procesos e instituciones en las que se dirimen los conflictos, puede ser un factor asociado a la práctica médica defensiva.

El conocimiento de lo que en derecho procede y de lo que resulta adecuado en el diálogo, brinda seguridad; un médico seguro es un médico que se aleja de la práctica médica defensiva y se asume como

agente de cambio que genera un impacto social positivo. No evade situaciones de urgencia ni entra en conflictos con los pacientes, busca el diálogo, la conciliación, se comunica adecuadamente, maneja diligentemente los recursos humanos y tecnológicos de la institución a la que pertenece, porque está enfocado en la salud de su paciente y no preocupado ni atemorizado, porque desconoce las consecuencias y las formas de prevenir aquello a lo que le teme: el conflicto jurídico derivado del acto médico.

Se reconoce la necesidad de enriquecer la formación del médico con el conocimiento de la ciencia jurídica en una mediana aproximación acorde a las necesidades actuales del médico, que van más allá de solo conocer lo relativo al llenado de documentos médico-legales que tradicionalmente han sido la base de materias como medicina legal. Además, la necesidad de desarrollar durante su formación una competencia comunicativa que le facilite su quehacer como profesional y le permita comunicarse asertivamente.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

Este manuscrito se desprende de las investigaciones doctorales de la autora.

AGRADECIMIENTO

Se agradece la valiosa contribución de los médicos participantes por su tiempo y disposición en las entrevistas de esta investigación.

FINANCIAMIENTO

Investigación desarrollada con recursos propios como parte de la investigación doctoral de la autora.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna. 🔍

REFERENCIAS

- Ortega-González M, Méndez-Rodríguez JM, López-López FH. Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. *Rev Conamed*. 2009;14(1):4-10.
- Chavarría-Islas R, González-Rodríguez B. Medicina defensiva en un servicio de urgencias de adultos. *Rev Conamed*. 2008;13(4):20-28.
- Girela B, Rodríguez MA, Girela E. La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio. *Cuad Bioet*. 2018;29(95):59-67.
- Guzmán JI, Shalkow J, Palacios JM, Zelonka R, Zurita R. ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cir Gen*. 2011;33(2):151-156.
- Barreda I. La medicina defensiva: tendencias y experiencias en el ámbito internacional. *Rev Conamed*. 1999;4(13):18-21.
- Dávila AA. Medicina defensiva ¿evitable? *Cir Gen*. 2018;40(1):54-60.
- Franco MA, Denis A, Ayala Z, Solalinde MC, Ferreira M, Díaz C. Medicina defensiva en Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Rev virtual Soc. Parag. Med. Int.* [Internet]. 2018 [Citado 2019 Ene 9]; 5(1):25-35. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932018000100025&lng=es.
- Sánchez MM. Medicina Defensiva en Cirugía Ortopédica. *Rev esp cir osteoartic* 2013;48(256):163-168.
- Ramírez-Alcántara YL, Parra-Melgar LA, Balcazar-Rincon LE. Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. *Aten. Fam*. 2017;24(2):62-66.
- Rodríguez-Almada H. De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Rev Med Urug* [Internet]. 2006 [Citado 2019 Ene 9]; 22(3):167-168. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300001&lng=es.
- Tena C, Sánchez J. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73(10):553-559.
- 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.
- Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Prim*. 2012;44(6):358-365.
- Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles O, González-Pedraza A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Rev Endocrinol Nutr*. 2011;19(4):149-153.
- López-Ramón C, Avalos-García MI, Morales-García MH, Priego-Álvarez HR. Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Salud Tab*. 2013;19(3):77-84.
- Moreno H, Figueroa BE. La enseñanza de la prevención del conflicto derivado del acto médico en las escuelas y facultades de medicina de México. En: Comisión Estatal de Arbitraje Médico para el Estado de Aguascalientes. Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico, reflexiones y propuestas. Aguascalientes: Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Gobierno de Aguascalientes; 2014. 285-302.
- Lifshitz A. El médico del futuro. *Med Int Méx*. 2018;34(3):357-358.

18. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Med uis*. 2015;28(1):7-13.
19. Borell I Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: SemFYC; 2003. 121.
20. Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI. *El Médico* [Internet] 2010 [Citado 2018 Dic 14];1112:22-25. Disponible en: http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/IE_para_medicos.pdf
21. Nogales-Gaete J, Vargas-Silva P, Vidal Cañas I. Información médica a pacientes y familiares: aspectos clínicos, éticos y legales. *Rev Med Chile*. 2013;141:1190-1196.
22. Tena C. Medicina Asertiva. En: Tena C, Editor. La comunicación humana y el derecho sanitario. Memoria del 8 Simposio Internacional Conamed. México: Conamed. 2003; 13-20.
23. Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Aguilar MT, Bautista JV. Costos directos del reembolso o indemnización por prestadores de servicios en quejas médicas. *Rev Conamed*; 2009;14(3):35-43.
24. Arimany, J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanit. humanid. med.* [Internet]. 2007 [Citado 2018 Dic 14]; 12:11-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237483523_La_medicina_defensiva_un_peligroso_boomerang
25. Agrest A. Síndrome clínico judicial. *Medicina* [Internet]. 2012 [citado 2019 Ene 9]; 72(2):185-187. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000200023&lng=es.
26. Fernández C. La relación jurídica del médico con el paciente. *Prolegómenos*. 2007;10(20):89-115.
27. Lex artis ad hoc. Su concepto en materia médica. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. Décima época. Libro XXV, Tomo 3. Octubre de 2013; 1819.
28. Responsabilidad profesional médica. Significado del concepto lex artis para efectos de su acreditación. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. Décima época. Libro XXV, Octubre de 2013; 1891.
29. Responsabilidad profesional médica. Distinción entre error y mala práctica para efectos de su acreditación. Tesis aislada. *Semanario Judicial de la Federación y su gaceta*. Decima época. Libro XXV, Tomo 3. Octubre de 2013; 1890.
30. Negligencia cometida por personal que labora en las instituciones públicas de salud la vía administrativa es la idónea para reclamar los daños derivados de aquélla. *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*. Décima época. Libro V, Tomo I. Abril de 2014; 808.
31. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Sus laudos arbitrales son actos de autoridad para efectos del juicio de amparo. *Jurisprudencia SCJN*. Novena Época. Apéndice, Tomo III. Octubre de 2001; 9.
32. Responsabilidad civil extracontractual en materia médico-sanitaria. Supuestos de valoración en un acto médico complejo. *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*. Décima época. Libro 34, Tomo I. Septiembre de 2016; 51.
33. Responsabilidad civil extracontractual. Carga probatoria y consecuencias por el incumplimiento del deber de informar en materia médico-sanitaria. *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*. Décima época. Libro 34 Tomo I. Septiembre de 2016; 513.
34. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 10 derechos generales de las y los trabajadores de la salud [internet]. México: Conamed. [Citado 2018 Diciembre 14]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cartas_derechos/pdf/ts.pdf
35. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ªed. México: McGraw Hill; 2015.
36. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 3ªed. Barcelona: Paidós; 2000.
37. López-Almejo L, Palapa-García LR, Bueno-Olmos ME, Méndez-Gómez MA. Conocimiento de la responsabilidad profesional en la práctica médica. *Acta Ortop Mex*. 2006;20(3):132-138.
38. Tachiquin-Sandoval R, Romero-Escobedo AC, Padilla Villalobos LA. Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica: ¿falta de actitud, interés o educación?. *Rev Conamed*. 2014;(19)1:23-31.
39. Mariñelarena JL. Responsabilidad profesional médica. *Cir Gen*. 2011; 33(S2): 160:163.
40. Hamui-Sutton A, Grijalva MG, Paulo-Maya A, Dorantes-Barrios P, Sandoval-Ramírez E, García-Tellez SE, Durán-Perez VD, Hernández-Torres I. Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Rev. Conamed*. 2015;20(1):17-26.
41. Lázaro T, Blanco MA, Parra IB, Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Rev Cub Med Mil*. 2009;38(3-4):79-90.
42. Castañeda MC. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *RCICS*. 2013;24(3):343-353.
43. Lifshitz A, De Pomposo A. Las ciencias de la complejidad y la educación médica. *Investigación educ. médica*. 2017;6(24):267-271.