

RELACIÓN ENTRE LA AUSENCIA DE FORMACIÓN EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y LA UTILIZACIÓN DE LA MEDICINA DEFENSIVA EN MÉXICO Y PERÚ

BA. CLAUDIA VICTORIA CRUZ DONAYRE

<https://orcid.org/0000-0002-3520-6688>

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú

u201512442@upc.edu.pe

BA. GABRIELA ARIANA MORALES CRUZ

<https://orcid.org/0000-0001-7019-2720>

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú

u20161c209@upc.edu.pe

MG. MIGUEL EDUARDO ANTEZANA CORRIERI

<https://orcid.org/0000-0002-7372-9420>

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú

pcimmant@upc.edu.pe

Recibido: 13 de diciembre del 2023 / Aceptado: 03 de abril del 2024

doi: <https://doi.org/10.26439/contratexto2024.n41.6834>

RESUMEN. La comunicación entre médico y paciente es muy relevante, pues puede influir en los resultados de salud de los pacientes, en la adopción del tratamiento por parte del enfermo, en su decisión por continuar o dejarlo, y en la satisfacción con la atención brindada por los médicos. Por otro lado, la medicina defensiva es toda atención médica que no aumenta los beneficios para el paciente y se traduce en sobreuso de servicios médicos, motivado por el temor del médico a ser sancionado o prevenir riesgos de litigios. Esta investigación planteó explorar la relación entre la ausencia de formación en habilidades comunicacionales en los médicos y la medicina defensiva. El diseño fue no experimental, correlacional, con un método lógico deductivo y un enfoque cuantitativo. La población fueron médicos de México y de Perú, y la muestra estuvo conformada por 350 profesionales (175 de cada país). Se reafirmó la importancia de la formación en habilidades comunicacionales en los médicos; sin embargo, se evidenció que un alto porcentaje no la recibió o la obtuvo de manera muy elemental. Los comportamientos indicaron que sí practican la medicina defensiva (aunque no todos conocían el concepto) y que una mejor formación comunicacional podría incidir en un cambio de actitud.

PALABRAS CLAVE: habilidades de comunicación / comunicación efectiva / medicina defensiva / relación médico-paciente

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE LACK OF TRAINING IN COMMUNICATION SKILLS AND THE USE OF DEFENSIVE MEDICINE IN MEXICO AND PERU

ABSTRACT. The communication between doctor and patient is highly relevant as it can influence patients' health outcomes, their adoption of treatment, their decision to continue or discontinue it, and their satisfaction with the care provided by physicians. On the other hand, defensive medicine encompasses medical attention that does not increase patient benefits and results in the overuse of medical services, driven by the physician's fear of being sanctioned and/or preventing litigation risks. This research aimed to explore the relationship between the lack of training in communication skills among physicians and defensive medicine. The design was non-experimental, correlational; using a logical deductive method and a quantitative approach. The population studied consisted of physicians from Mexico and Peru, with a sample of 350 professionals (175 from each country). It reaffirmed the importance of training in communication skills for physicians; however, it was evident that a high percentage did not receive such training or received it in a very basic manner. Their behaviors indicated the practice of defensive medicine (although not all were familiar with the concept) and suggested that better communication training could influence a change in attitude.

KEYWORDS: communication skills / effective communication / defensive medicine / doctor-patient relationship

A RELAÇÃO ENTRE A FALTA DE FORMAÇÃO EM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO E O USO DA MEDICINA DEFENSIVA NO MÉXICO E NO PERÚ

RESUMO. A comunicação entre médico e paciente é muito relevante, pois pode influenciar nos resultados de saúde dos pacientes, na adoção do tratamento por parte do enfermo, em sua decisão de continuar ou interromper, e na satisfação com a atenção prestada pelos médicos. Por outro lado, a medicina defensiva consiste em toda atenção médica que não aumenta os benefícios para o paciente e resulta no uso excessivo de serviços médicos, motivado pelo medo do médico de ser sancionado e/ou de evitar riscos de litígios. Esta pesquisa buscou explorar a relação entre a falta de formação em habilidades de comunicação nos médicos e a medicina defensiva. O desenho foi não experimental, correlacional; método lógico dedutivo; e abordagem quantitativa. A população foi composta por médicos do México e do Peru, e a amostra foi de 350 profissionais (175 de cada país). A importância da formação em habilidades de comunicação nos médicos

foi reafirmada; no entanto, foi evidenciado que uma parcela significativa não a recebeu ou a obteve de maneira muito básica. Os comportamentos indicaram que eles praticam a medicina defensiva (embora nem todos conhecessem o conceito) e que uma melhor formação em comunicação poderia influenciar uma mudança de atitude.

PALAVRAS-CHAVE: habilidades de comunicação / comunicação eficaz / medicina defensiva / relação médico-paciente

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente (RMP) ha ido evolucionando desde el médico hacia principalmente el paciente, ya que una comunicación adecuada entre ambos impacta en la satisfacción de la atención recibida (Bai et al., 2019; Shamoradifar et al., 2022) y esta, en la adopción del tratamiento por parte del enfermo, así como en su decisión por continuar o dejar el tratamiento (Lenkiewicz et al., 2022). Por ende, la RMP es una de las dinámicas más esenciales en el cuidado de la salud, pues afecta el curso de la atención (Tran et al., 2020) y puede influir en los resultados de la salud de los enfermos (Tavakoly Sany et al., 2020).

La comunicación entre médicos y pacientes adquiere mayor importancia cuando se atienden casos de enfermedades terminales. Según Passos dos Santos et al. (2018), en situaciones complejas como las de los servicios de cuidado crítico o urgencia, suelen haber diferencias en los puntos de vista de los médicos con los pacientes o familiares, lo cual genera un conflicto que no se soluciona sin haber establecido antes una buena relación y comunicación. La conmoción de los pacientes al recibir diagnósticos poco favorables está relacionada con las habilidades comunicacionales del médico y su capacidad para consolarlo: el *shock* que pueda generarse impacta en su estado emocional y el tratamiento a futuro (Pun, 2021). En ese sentido, Pedreros (2019) sostiene que la eficiencia médica se basa en conocimiento técnico; sin embargo, al tener a cargo un paciente crítico, la mitad de sus deberes se relaciona con competencias en habilidades blandas, maneras de informar al enfermo y familiares, trabajo en equipo y gestión.

RMP y habilidades de comunicación

La comunicación es un proceso en el cual se transmiten y reciben datos, ideas, opiniones y actitudes para lograr la comprensión (Petrone, 2021). La comunicación efectiva sigue siendo una acción humana que constituye un pilar fundamental para establecer la RMP. A través de la activación de las neuronas espejo se establecen las conexiones humanas, las cuales están relacionadas con la construcción de eventos emocionales que generan la empatía (Estévez & Estévez, 2021). Dentro del marco de la RMP, la comunicación del médico debería contemplar las siguientes habilidades (Silverman et al., 2013):

- Centrarse en el paciente. El médico debe escuchar atentamente al paciente y comprender sus necesidades e inquietudes.
- Comunicarse de forma clara y concisa. El médico debe utilizar un lenguaje sencillo y evitar la jerga médica.
- Ser empático. El médico debe ponerse en el lugar del paciente y comprender sus emociones.
- Respetar la autonomía del paciente. El médico debe informar al paciente de todas las opciones de tratamiento y ayudarlo a tomar una decisión informada.

Una RMP enfocada en el médico representa una conversación ininterrumpida por parte de él; una enfocada en el paciente toma en cuenta sus deseos y valores, y busca ayudarlo a recuperar la sensación de control sobre su enfermedad o tratamiento (Hamui Sutton et al., 2018). Un elemento importante de la conexión entre el médico y el paciente es la humanización. Este componente en su deficiencia afecta a cada paso del sistema por el cual pasan todos los pacientes en un centro médico. Macías et al. (2022) mencionan que la deshumanización conduce a la desconexión; por ello, Andorno (2019) enfatiza la dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la RMP.

La asertividad, como habilidad comunicacional, permite una mejor relación entre el paciente y el médico; por ende, genera una comunicación fluida y apropiada. Brindley (2019) afirma que, además, se deben considerar los factores externos que pueden afectar esta comunicación, como la relación jerárquica entre médico y paciente, los ruidos externos, el lenguaje no verbal, el silencio, etcétera. Para alcanzar una mejora en la relación, se requiere fomentar un proceso de aprendizaje transformador, de modo que los médicos no solo absorban información, sino que también adquieran habilidades para colaborar eficazmente en grupos y alineen sus acciones con las demandas de los pacientes (Bermúdez-Román et al., 2016).

Las habilidades de comunicación permiten desarrollar personas directas y honestas que, a su vez, crean ambientes de confianza mutua con el receptor (Escalona Velázquez & Sánchez Cruz, 2018). Este es el elemento clave para una atención de alta calidad, ya que permite que el médico obtenga la información pertinente para comprender las inquietudes del paciente y sus familiares, lo que genera así el paso a una comunicación que involucra activamente a la familia en el proceso de toma de decisiones (Lee et al., 2022). En ese sentido, la comunicación efectiva es fundamental, pues involucra la capacidad de escucha, el entablar una conversación verbal o de discurso, integra la empatía y aporta la capacidad de entender y aceptar el punto de vista de otra persona, puesto que se emplea de manera adecuada los recursos necesarios y se adapta a las características de la situación y del receptor (Chirivella González et al., 2019).

Si bien existe un claro interés de los investigadores en medir la capacidad comunicativa de los médicos (Pedreros, 2019), llama la atención que el mayor número de investigaciones se centre en los médicos en formación (Bai et al., 2019; Estévez & Estévez, 2021; Lenkiewicz et al., 2022; Pun, 2021). Según un estudio en la Universidad de Hong Kong, algunos estudiantes demostraron poca sensibilidad al comunicar noticias difíciles a pacientes con enfermedades graves y sus familiares, lo que deja como evidencia la necesidad de mayor capacitación en habilidades blandas para estos profesionales (Pun, 2021). Por otro lado, en un estudio en Polonia, uno de cada tres pacientes afirmó que los médicos violaron la obligación ética médica vigente en el país al no tener tacto ni actuar con el debido cuidado mientras comunicaban malas noticias (Lenkiewicz et al., 2022).

La propia perspectiva y autoevaluación de los médicos muestra una deficiencia consciente de la situación sobre la formación de estas habilidades. Lockwood et al. (2022) sostienen que muchos médicos en formación no creen estar preparados para participar en situaciones difíciles, como dar noticias serias y hablar sobre la muerte. En relación a ello, Bengoechea et al. (2021) identificaron nueve artículos que señalan la existencia de una gran preocupación entre los mismos doctores con respecto al desarrollo de las habilidades comunicacionales utilizadas al momento de dar noticias difíciles. Su revisión sistemática les permitió concluir que los profesionales que participan en capacitaciones enfocadas en el desarrollo de estas habilidades han podido gestionar mejor la atención brindada a sus pacientes y familiares. A su vez, Estévez & Estévez (2021) encontraron que los estudiantes que habían tenido una formación en comunicación evidenciaron mayor empatía, escucha efectiva, respeto por las expectativas de los pacientes y capacidad de resumir hallazgos en búsqueda de resultados más eficaces.

Dada la necesidad latente de mejorar la capacidad comunicativa de los médicos, existen herramientas para el desarrollo de las habilidades comunicacionales. Una de ellas es *Vital Talk*, plataforma pedagógica enfocada en desarrollar habilidades de comunicación efectivas en los doctores en situaciones de pacientes con enfermedades graves (Arnold et al., 2017). Otra herramienta es la retroalimentación formativa junto a la cama, que consiste en desarrollar listas con casillas de verificación para evaluar los comportamientos observables de los doctores y posteriormente darle una retroalimentación sobre sus habilidades comunicacionales (Bing-You, 2017). Esta última técnica pone en evidencia cómo las habilidades blandas se han operacionalizado y se han vuelto listas de verificación que buscan funcionar como sustento y guía para una retroalimentación formativa ante una necesidad imperativa de mejorar la comunicación entre médico y paciente (Lockwood et al., 2022).

Todo ello sustenta también el impacto de las habilidades comunicativas de los médicos en pacientes con enfermedades críticas y sus familias a nivel global. En China, un estudio mostró que los residentes de cirugía consideran los programas de capacitación en RMP como parte fundamental para convertirse en un médico calificado (Bai et al., 2019).

En el ámbito europeo existen programas de formación en habilidades comunicativas para clínicos oncológicos (médicos y enfermeras), desarrollados desde la década de 1990. En 2018, se llevó a cabo la tercera reunión europea de consenso sobre información en oncología. Los resultados de esta reunión indicaron un cambio de perspectiva sobre la comunicación clínica y la formación de la comunicación en la atención del cáncer: se mostró necesario entender la complejidad de la comunicación clínica y sus aspectos relevantes, incluido el papel del médico y otros factores externos que influyen en la comunicación entre médico y paciente (Stiefel et al., 2018). En Hungría se realizó un estudio con padres que habían perdido un hijo por cáncer, el cual mostró que, en su mayoría, no recibieron información sobre qué podía ocurrir en un futuro o sobre a quién recurrir para obtener más información o apoyo respecto a la salud de su hijo. Aunque ha habido avances, aún no existe un método de comunicación aceptado para la transición a los cuidados paliativos (Foldesi et al., 2022).

En América, un estudio en México evidenció la importancia que tiene para los pacientes el contacto con cada persona en el centro de salud. Los vigilantes, los trabajadores sociales y los mismos doctores eran percibidos reacios ante el dolor y sufrimiento del enfermo y de sus familiares. Los pacientes midieron la efectividad y profesionalismo de su doctor de acuerdo con las actitudes de interés y humanización que ponían los médicos en sus casos (Macías et al., 2022). En Perú, la percepción de las competencias comunicativas de los doctores de un hospital docente peruano reveló que la comunicación como competencia en la RMP tiene una gran importancia y complejidad. Las habilidades comunicacionales son una meta a alcanzar en todas las facultades de medicina a través de entrenamientos y capacitaciones en la formación académica de los médicos (Quispe et al., 2019).

Medicina defensiva

El concepto de medicina defensiva se refiere a toda atención médica brindada por profesionales de salud sin aumentar los beneficios para el paciente y cuyo objetivo principal es prevenir los riesgos de estar inmersos en litigios (Baungaard et al., 2022; Calikoglu, 2020; Fineschi et al., 2021; Ries et al., 2022; Rudey et al., 2021). La medicina defensiva impacta directamente a los pacientes, ya que los expone a cargas físicas, emocionales y financieras por una atención de bajo valor o calidad, además que socaba la confianza en la RMP y contribuye a una incorrecta asignación de los recursos sanitarios (Ries & Jansen, 2021; Ries et al., 2022). La medicina defensiva también incluye la toma de decisiones relacionadas con investigaciones, procedimientos y visitas médicas, así como la evitación de pacientes o procedimientos de alto riesgo, principalmente con la intención de disminuir la posible responsabilidad por negligencia, aunque no exclusivamente (Chaudhary & Barwal, 2022).

La Clínica Universidad de Navarra (2000) enfatiza que los riesgos de esta práctica traen consigo inconvenientes serios, tales como el aumento desorbitado del costo

de la medicina y la pérdida de la confianza mutua entre médico y paciente. Además, estas acciones propician la realización de solicitudes médicas, intervenciones invasivas, recetas médicas, consultas adicionales con otros profesionales de la salud, evitación de pacientes con riesgos significativos y una saturación de las listas de espera (Vento et al., 2018). Los exámenes y pruebas innecesarias aumentan la probabilidad de sobrediagnóstico y sobretratamiento (Berlin, 2017). Estos procedimientos se consideran elementos de atención sanitaria de un bajo valor, los cuales ocasionan más perjuicios que beneficios en término de recursos, costes y daños al paciente (Cruz-Valiño, 2019).

El sobreuso de servicios médicos se ve alentado por el sistema de cada país (Brownle et al., 2017) y en el caso de distintos países latinoamericanos, comparables desde el punto de vista económico y sociocultural, se ha visto una tendencia de los profesionales de la salud, condicionados por el temor a ser sancionados, lo que ha ocasionado un desvío del propósito de actuar conforme al beneficio del paciente (Perin, 2018).

Calikoglu (2020) propone que las acciones de la medicina defensiva pueden ser positivas o negativas. Por un lado, las acciones negativas incluyen evitar pacientes con comorbilidad o servicios de salud de alto riesgo, por lo tanto, los pacientes están excluidos del tratamiento y la hospitalización. Por otro lado, las acciones positivas, también llamadas comportamiento de seguridad, según Franco Britos et al. (2018), incluyen procedimientos o investigaciones médicas redundantes y la prescripción de medicamentos innecesarios. La dimensión negativa de la medicina defensiva incluye prácticas como evitar tratar pacientes de riesgo, tomar la iniciativa con menos frecuencia, derivar al paciente y evitar nuevos métodos de tratamiento (Ünal & Akbolat, 2022). Todos estos comportamientos son contrarios a las responsabilidades éticas de los médicos (Ries et al., 2022). Por ello, Baungaard et al. (2022) denominan a estos dos grupos de acciones de la siguiente manera: al primero nombra evitativa y al segundo, de cobertura. Ambos siempre buscan reducir los riesgos legales y no mantener la calidad de la atención al paciente.

La medicina defensiva coloca al médico y al paciente en un marco de confrontación (Ries et al., 2022), pues los médicos ven a los pacientes como posibles denunciantes (Ries & Jansen, 2021). Sin embargo, estudios concluyeron que la mayoría de los pacientes están abiertos a discusiones que evitan pruebas y tratamientos innecesarios. Este hallazgo se alinea con los de otras investigaciones que desmienten el papel de un paciente "exigente" generador de medicina defensiva (Back, 2015).

Entre las razones por las que se recurre a la medicina defensiva se encuentran las fallas en el razonamiento clínico e inadecuadas habilidades de comunicación con el paciente, problemas del rol profesional e identidad del médico, y la incapacidad de comunicarse debidamente con los familiares de los pacientes (Ries et al., 2022; Calikoglu, 2020).

MARCO CONTEXTUAL EN MÉXICO Y PERÚ

Para el presente estudio se eligieron ambos países por su carácter multicultural y porque dentro de ese contexto la comunicación juega un papel fundamental en la interacción entre profesionales de la salud y sus pacientes. Aunque distantes geográficamente, ambas naciones poseen muchas semejanzas en diversos aspectos (sociales, raciales, comunicacionales, económicos y políticos) y actualmente son parte (junto con Colombia y Chile) de la Alianza del Pacífico.

Para poner la investigación en contexto, se tomaron en cuenta tres dimensiones dentro de las cuales se enmarca la coyuntura del ejercicio médico en ambos países, que son de interés para esta investigación: códigos de ética de los colegios médicos, leyes en torno al desempeño de la medicina y presencia de habilidades de comunicación en la formación universitaria de los médicos.

Tomando en consideración los conceptos y prácticas que giran alrededor de la medicina defensiva se verificó que en los estatutos del Colegio Médico de México A. C. (2021), también conocido como Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica A. C. (FENACOME), el código de ética, en el capítulo 1, artículo 8 (propósitos y función), punto XVIII, hace referencia al establecimiento y aplicación de sanciones “contra las agrupaciones, colegios o sociedades de médicos afiliados que faltaren al cumplimiento de sus deberes profesionales, siempre que no se trate de actos y omisiones que deban sancionarse por las autoridades correspondientes”. No obstante, no se menciona de manera específica el término medicina defensiva.

En el caso de Perú, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (2023) hace referencia de manera indirecta a la medicina defensiva en el título II, capítulo 1, artículo 90:

El médico no debe interrumpir el cuidado de un paciente que le ha sido confiado. Puede eximirse de la responsabilidad de continuar su asistencia y solicitar su reemplazo si recibe demostraciones de haber perdido la confianza del paciente, si concluye que ha habido interferencia en el tratamiento que le hubiere prescrito o se percatara de que se han incumplido sus indicaciones.

Además, en el título II, capítulo 3, artículo 105, se menciona que “el médico debe indicar solo exámenes auxiliares, tratamientos o procedimientos que sean necesarios, los cuales deben ser objetivamente sustentados”; y en el título II, capítulo 5, artículo 129, “el médico, al prescribir un medicamento o cualquier otro procedimiento terapéutico o de diagnóstico, debe hacerlo por razones estrictamente médicas, y no por incentivos de otra naturaleza”.

En cuanto a las leyes en torno al desempeño de la medicina, en México la responsabilidad médica puede ser de tipo administrativa, civil y penal (Ríos Ruiz & Fuente del

Campo, 2017), y ser aplicables al mismo tiempo; es decir, son independientes unas de otras. El Código Penal y la Ley General de Salud establecen responsabilidades penales en el ejercicio médico cuando se comete un delito y sanciones que van desde la privación de la libertad, la suspensión y la reparación del daño causado. La Ley General de Salud en México hace referencia de manera indirecta a la medicina defensiva principalmente en el capítulo IV, Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad, artículo 51:

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atiende de entre los médicos de la unidad. (Congreso de la Unión, 2024, p. 22)

También, en el mismo artículo, bis 1, se menciona lo siguiente:

Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. (Congreso de la Unión, 2024, p. 22)

En el artículo 60, se indica: “Se concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias todo hecho, acto u omisión que represente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población” (Congreso de la Unión, 2024, p. 25). Con respecto al Código Penal mexicano, las sanciones varían según estados; sin embargo, en la mayoría de ellos se hace alusión expresa a materia de responsabilidad profesional o de delitos cometidos en el ejercicio de la profesión médica. Por ejemplo, negar asistencia en caso de urgencia está penado hasta con doce años de prisión (Gamboa & Valdés, 2015).

En el caso de Perú, la Ley 26842, Ley General de Salud (Ministerio de Salud, 1997), hace referencia de manera indirecta a la medicina defensiva. Ello se muestra en el título I, artículo 15: “Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: ... e) A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare”; y en el título II, capítulo I, artículo 36: “Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades”. El Código Penal de Perú, en su artículo 290, hace referencia al ejercicio ilegal de la medicina y en el 291, al ejercicio malicioso y desleal de la medicina; sin embargo, la sanción contempla pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de veinte a cincuenta y dos jornadas. El artículo 124 hace referencia al delito de lesiones culposas, donde una de las causas es la inobservancia de reglas de la profesión (omisión al cumplimiento de los principios éticos y preceptos legales de observancia obligatoria en el ejercicio de cualquier profesión) y se sanciona con pena privativa de libertad no menor a un año ni mayor a tres años (LP, 2024).

En cuanto a la dimensión presencia de habilidades de comunicación en la formación universitaria de los médicos, se evaluaron los planes curriculares de las carreras de medicina de las dos principales universidades de cada país. En el caso de México, se eligió a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, pues se encuentran como las mejores escuelas de Medicina según el Quacquarelli Symonds (2023). En el caso de Perú, sobre la base del mismo *ranking*, se consideró a la Universidad Peruana Cayetano Heredia y a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por ocupar los dos primeros lugares que ofrecen la carrera de Medicina.

Al revisar el plan curricular de la Universidad Nacional Autónoma de México (2018) para la carrera de Medicina, en su segunda fase (del quinto al noveno semestre), se destaca la inclusión del curso Medicina Psicológica y Comunicación. Al revisar al detalle el sílabo del curso, se identificó que, dentro de las competencias que se espera que el egresado pueda desarrollar, se encuentran las de profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales. Al revisar en detalle el contenido temático del curso, se identificó que, de los 6 capítulos que contiene, uno de ellos está dedicado a la RMP, con 16 horas entre teóricas y prácticas. Es importante señalar que constituye el único curso dedicado exclusivamente a la comunicación a lo largo de toda la carrera de Medicina, lo que sugiere que, aunque se reconoce la importancia de la comunicación en el ámbito médico, la atención específica a estas habilidades puede ser limitada en comparación con otros aspectos del plan de estudios.

Según el plan curricular del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (2024a, 2024b) para la carrera de Medicina, se observa que la atención específica a habilidades blandas o comunicación es muy limitada. En el cuarto semestre, se ofrece el curso Ética, Persona y Sociedad, y en el quinto semestre, el curso Humanidades y Bellas Artes. Aunque estos cursos abordan aspectos éticos y humanísticos, al revisar en detalle los contenidos de cada materia, se puede afirmar que no proporcionan una atención detallada a las habilidades de comunicación médica.

En el caso de Perú, al revisar la malla de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (2023) se identificó el curso Comunicación y Redacción, con un peso de 3 créditos de los 360 que en total tienen todos los cursos de la carrera; es decir, los temas relacionados con la comunicación representan apenas el 1 % de la malla curricular de la carrera y están categorizados como curso general. Por lo tanto, al revisar en detalle el contenido del curso, se puede afirmar que el enfoque de la comunicación en dicha materia no tiene necesariamente relación con la comunicación entre médico y paciente. En la revisión de la malla de la carrera en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2018), se encontró una situación similar a la de la institución anterior. Se cuenta con un curso denominado Lenguaje, que forma parte del grupo de cursos generales, en el primer año de estudios, con un valor de 7 créditos de 343, es decir representa el 2 %

de la malla curricular de la carrera de Medicina. Al revisar en detalle el sílabo del curso, se identificó que no guarda relación con la RMP y la comunicación, sino más bien busca promover capacidades de redacción y comunicación básicas, de manera muy superficial.

El presente trabajo busca explorar la relación entre la ausencia de formación en habilidades comunicacionales de los médicos y su influencia en la utilización de la medicina defensiva en el desarrollo de su profesión. Para ello, el objeto de estudio fueron médicos de México y Perú, cuyas preguntas de investigación fueron las siguientes: ¿existe relación entre la ausencia de formación en habilidades comunicacionales en los médicos y la práctica de la medicina defensiva en su ejercicio profesional?, y ¿la formación en habilidades de comunicación podría incidir en la no práctica de la medicina defensiva?

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue no experimental, correlacional, con un método lógico deductivo y un enfoque cuantitativo. La población fueron médicos de diversas especialidades, edades y género, de México y de Perú. La muestra, no probabilística, por conveniencia, estuvo conformada por 350 profesionales de la salud (175 por cada país), contactados vía correo electrónico, a quienes se les remitió un formulario digital. El acceso a la muestra fue a través del contacto con grupos virtuales de estos profesionales en las principales redes sociales (Facebook y LinkedIn), así como por correo electrónico, referencias, sugerencias y recomendaciones a otros colegas de los profesionales que participaban en el estudio.

El cuestionario tuvo veintiséis preguntas divididas en tres categorías, más las demográficas. En la primera categoría (seis preguntas), se indagó sobre los niveles de formación e importancia que los médicos les dan a las habilidades de comunicación; en la segunda (con diez preguntas), se detectó comportamientos que se ajusten a las prácticas de medicina defensiva (término que se evitó mencionar, de manera intencional, hasta al final del cuestionario, para evitar sesgos), y en la tercera (tres preguntas), se buscó validar la relación entre la formación en habilidades de comunicación y la no práctica de la medicina defensiva. Las siete últimas preguntas buscaron identificar el perfil de la muestra. Las preguntas del cuestionario fueron diseñadas con opciones múltiples, lo cual permitió que la encuesta sea versátil, no sesgada, fácil de responder y de corta duración.

La validación del instrumento aplicado se realizó tanto desde una dimensión científico-académica, como desde una dimensión científico-profesional por cuatro médicos en ejercicio (dos de México y dos de Perú), quienes verificaron que los contenidos y términos de la encuesta fuesen claramente entendidos por el público que formaría parte de la investigación. Antes de remitir el formulario electrónico, se realizó una prueba piloto para verificar su comprensión, secuencia lógica y coherencia. Finalmente, se cumplió con el proceso de consentimiento informado con los participantes del instrumento.

Cabe destacar que, si bien el tema de la investigación está relacionado con el campo de la salud, el tratamiento ha sido desde una dimensión comunicacional y no implicó la participación de pacientes, sino exclusivamente de profesionales de la salud y sobre tópicos relacionados con su formación y ejercicio profesional, sin ninguna implicación en contra de los principios éticos establecidos. La investigación se ajustó al Código de Ética en la Investigación Científica de la universidad de afiliación de los autores y se rigió por los criterios de la Conducta Responsable en Investigación del CONCYTEC (Perú).

RESULTADOS

Procesadas las encuestas realizadas, se exponen los resultados de acuerdo con las categorías con las que fue estructurado el instrumento de recolección de datos, como sigue:

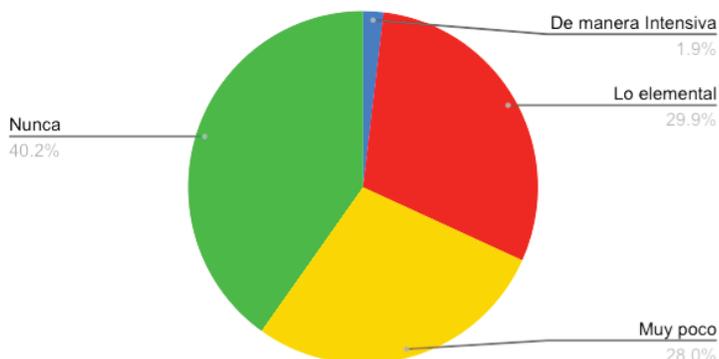
IMPORTANCIA Y FORMACIÓN EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

A nivel consolidado, el 82 % de los médicos encuestados indicó que las habilidades de comunicación son muy importantes para el desempeño de su profesión (México: 81,7 % y Perú: 82,2 %). No obstante, el 40 % de los encuestados señaló que durante su educación académica nunca recibió formación en habilidades de comunicación, mientras que el 58 % indicó que recibió entre elemental y muy poca formación en dicho rubro. En el caso específico de Perú, los resultados muestran que el 35 % nunca recibió formación, mientras que el 64 % señaló que esta fue entre elemental y muy poca. En el caso de México, se presenta una distribución similar a los resultados generales: 46 % nunca y 50 % entre elemental y muy poco.

Figura 1

Formación en habilidades de comunicación

¿Durante su formación académica de pregrado recibió formación en habilidades de comunicación?



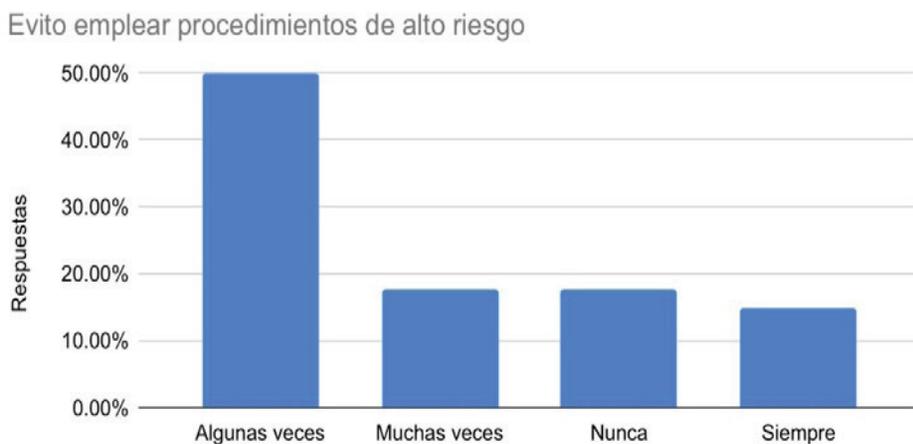
No obstante, a nivel consolidado, el 33 % de los médicos señaló haberse capacitado en habilidades de comunicación por iniciativa propia, el 20 % indicó que no lo ha hecho por temas de tiempo y el 22 % argumentó que no existe este tipo de formación para su profesión. Solo el 7,5 % señaló no haberlo necesitado. En México, un 42 % se capacitó por cuenta propia; un 19 % expresó no tener tiempo y el 16 % señaló no haber formación para ellos. En Perú, un 25 % se capacitó por iniciativa propia, el 22 % no tuvo tiempo y un 30 % argumentó que no existe capacitación para su profesión.

Práctica de la medicina defensiva

En esta categoría, las preguntas fueron formuladas sobre la base de comportamientos relacionados con la medicina defensiva sin mencionar el término. El objetivo fue determinar las prácticas de los médicos, independientemente de si conocen o no el vocablo técnico. En ese sentido, el 81 % indicó evitar emplear procedimientos de alto riesgo (algunas veces, 49 %; muchas veces, 17 %, y siempre, 15 %). En México, el 85 % evita los procedimientos de alto riesgo (algunas veces, 47 %; muchas veces, 17 %, y siempre, 21 %), mientras que en Perú es el 79 % (algunas veces, 53 %; muchas veces, 17 %, y siempre, 9 %).

Figura 2

Práctica de la medicina defensiva



9. Evito emplear procedimientos de alto riesgo

En cuanto al complacer a los pacientes lo máximo posible, a nivel consolidado, el 90 % expresó hacerlo en mayor o menor medida. Hubo coincidencia en ambos países en el mismo porcentaje consolidado (90 %). En cuanto al comportamiento de recetar la mayor cantidad de medicamentos posibles para darle tranquilidad a sus pacientes, el 85 % señaló

que nunca lo hace; en México (87 %) y en Perú (82 %). Sin embargo, el 45 % del total de médicos encuestados indicó que sí solicita pruebas y exámenes de detección extra con los pacientes más difíciles, en mayor o menor medida: en México (47 %) y en Perú (44 %).

Asimismo, el 45 % de médicos expresó que en lo posible evita atender pacientes de alto riesgo. En México y Perú los resultados son bastante similares. En cuanto a la pregunta sobre en qué escenarios se darían los comportamientos antes señalados, el 52 % expresó que lo hace en escenarios medios críticos, el 28 % con pacientes difíciles y el 17% en escenarios de inexperiencia. En México y Perú, los porcentajes son semejantes con ligeras diferencias no mayores en tres puntos porcentuales.

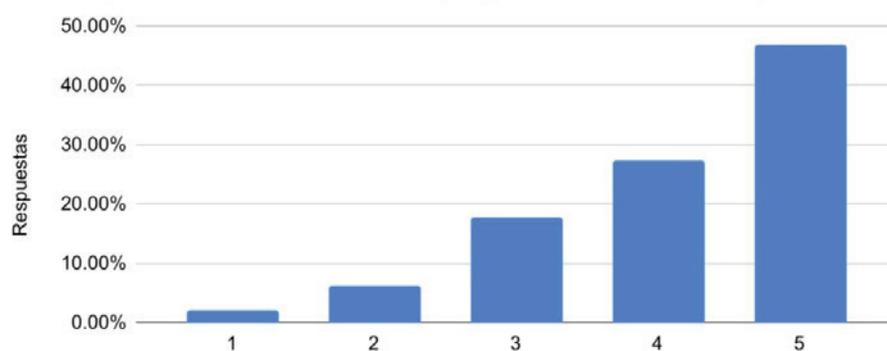
Relación entre medicina defensiva y habilidades de comunicación

En esta categoría, se preguntó qué tanto consideraban que se podían evitar los comportamientos antes mencionados con un manejo comunicacional adecuado por parte del médico con el paciente. En una escala del 1 al 5 (donde 5 representa el mayor peso), el 73 % de los médicos optó por valores entre 4 y 5. En México, se ubicó en 78 %, mientras que en Perú se redujo al 68 %.

Figura 3

Relación entre habilidades de comunicación y medicina defensiva

¿Qué tanto considera que se pueden evitar las acciones mencionadas con un manejo comunicacional adecuado por parte del médico con el paciente?



19. ¿Qué tanto considera que se pueden evitar las acciones mencionadas con...

Finalmente, al consultarles si conocen el término medicina defensiva, el 63 % (consolidado) expresó que no (México: 46 % y Perú: 80 %). Sobre la base de estos porcentajes puede inferirse que las respuestas a las preguntas previas, mayoritariamente, no tuvieron sesgos al no haber relacionado dichos comportamientos con el término técnico.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue explorar la relación entre la formación en habilidades de comunicación en los médicos y su incidencia en la no práctica de la medicina defensiva. En ese sentido, se constató con los encuestados la importancia que se le da a las habilidades comunicacionales en su ejercicio médico. Sin embargo, destacan los resultados en cuanto al poco peso que se les da en el proceso de formación profesional y —posteriormente, ya ejerciendo— en la búsqueda de adquirirlas para mejorar la relación médico-paciente.

Resulta paradójico que el personal médico se interese poco en formarse en habilidades de comunicación pese a que incumplir su correcto desarrollo afecte el código de ética de la profesión en distintos países (Lenkiewicz et al., 2022) y juegue en contra de la satisfacción de quienes serán sus “clientes”, los pacientes (Macías et al., 2022). Estudios previos señalan que las capacitaciones promueven una clara diferencia entre el trato del médico con sus pacientes al momento de dar malas noticias (Bengoechea et al., 2021; Estévez & Estévez, 2021; Quispe et al., 2019) y que la medicina defensiva tiene entre las causas de su aparición la paupérrima formación en habilidades blandas (Calikoglu, 2020; Ries et al., 2022).

De hecho, se puede relacionar la respuesta al temor de los médicos en formación al no sentirse preparados para afrontar situaciones difíciles con sus pacientes (Lockwood et al., 2022) con el poco valor que se les da a las habilidades de comunicación durante la formación de los estudiantes (Pun, 2021) y a su aplicación práctica durante la formación (Bai et al., 2019).

De los resultados obtenidos, llama la atención que en el caso de Perú mayoritariamente se desconozca el término medicina defensiva; sin embargo, este resultado no se refleja en las respuestas referidas a la aplicación de la misma en el desarrollo de su profesión. Esto permite inferir que dichos comportamientos en Perú no son vistos como parte de una mala praxis, sino más bien como una estrategia médica para protegerse (Al-Balas & Al-Balas, 2021; Chaudhary & Barwal, 2022) a través de la evasión (Baungaard et al., 2022). Este punto revela una clara necesidad por reforzar las consecuencias de acciones ligadas a la medicina defensiva cuyo impacto es directamente en el paciente (Berlin, 2017; Cruz-Valiño, 2019) pues supone una mala asignación de los recursos sanitarios (Ries & Jansen, 2021; Ries et al., 2022; Universidad de Navarra, 2022; Vento et al., 2018).

Con los resultados de esta investigación, se reafirma la importancia de la formación en habilidades de comunicación en los profesionales de la medicina, tanto a nivel de pregrado como durante el ejercicio médico y a nivel de posgrado. Dadas las respuestas recibidas, se detecta la ausencia de una oferta académica específica en este rubro para este tipo de profesionales; sin embargo, su sola aparición no asegura que exista la demanda correspondiente.

En cuanto a la medicina defensiva, se puede afirmar que los comportamientos relacionados con ella están presentes en la muestra seleccionada, aunque la mayoría de los encuestados no necesariamente conoce que se agrupan bajo un término técnico (medicina defensiva). Dichas prácticas podrían evitarse con una mayor formación y utilización de habilidades de comunicación en la relación médico-paciente, lo que incidiría en la disminución de los comportamientos dentro del marco de la medicina defensiva. En otras palabras, se infiere que, a mayores habilidades de comunicación en los médicos, existiría una tendencia menor a la práctica de la medicina defensiva.

Esta investigación genera oportunidades para próximos estudios, los cuales podrían abarcar el tema desde tres dimensiones. La primera abordaría la relación entre habilidades de comunicación y medicina defensiva en las distintas especialidades médicas, que priorice aquellas relacionadas con enfermedades crónicas. Asimismo, la segunda analizaría el papel que cumplen las instituciones donde laboran los médicos como promotoras de la formación complementaria en habilidades de comunicación. Finalmente, la tercera, como espacio para futuras investigaciones, se encuentra en las diferencias existentes en la práctica de la medicina defensiva en las instituciones públicas y en las privadas.

Relevancia del estudio

Este estudio buscó explorar y destacar la importancia de la formación de las habilidades de comunicación en los profesionales de la medicina, dada su interacción con los pacientes. Específicamente, se buscó destacar el nexo entre la ausencia de las habilidades comunicacionales en el ejercicio médico con la práctica de la medicina defensiva, por presentar esta —como se describió anteriormente— elementos característicos de evasión o desconocimiento de los procesos de comunicación. Es relevante también por las dimensiones ética y deontológica que puede tener el uso no adecuado de la RMP y de la medicina defensiva, aspectos que pueden ser materia de nuevos estudios.

Limitaciones

Los resultados del estudio presentan las siguientes limitaciones, las cuales también se perfilan como oportunidades para futuras investigaciones: a) las universidades de procedencia de los médicos encuestados, b) el grado de experiencia de los médicos (independientemente de los años de ejercicio), c) el ámbito en el que practican la medicina defensiva (rural o urbano) y d) el sector en el que practican la medicina defensiva (público o privado).

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORES

Conceptualización: C. D. C., G. M. G. y M. A. C.; Curación de datos: C. D. C., G. M. G. y M. A. C.; Análisis formal: C. D. C., G. M. G. y M. A. C.; Investigación: C. C. D. y G. M. C.; Metodología: C. D. C., G. M. G. y M. A. C.; Preparación del borrador original: C. C. D. y G. M. C.; Revisión y Edición: M. A. C.

REFERENCIAS

- Al-Balas, Q. A. E., & Al-Balas, H. A. E. (2021). The ethics of practicing defensive medicine in Jordan: a diagnostic study. *BMC Medical Ethics*, 22(87), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00658-8>
- Andorno, R. (2019). La dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la relación médico-paciente. *Arbor*, 195(792), 1-10. <https://doi.org/10.3989/arbor.2019.792n2002>
- Arnold, R. M., Back, A. L., Baile, W. F., Edwards, K. A., & Tulskey, J. A. (2017). The Oncotalk/Vitaltalk model. En D. W. Kissane, B. D. Bultz, Phyllis N. Butow, C. L. Bylund, S. Noble & S. Wilkinson (Eds.), *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (2.^a ed., pp. 363-368). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198736134.003.0056>
- Back, A. L. (2015). The Myth of the Demanding Patient. *JAMA Oncol.*, 1(1), 18-19. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2014.185>
- Bai, S., Wu, B., Yao, Z., Zhu, X., Jiang, Y., Chang, Q., Bai, Q., & Tong, T. (2019). Effectiveness of a modified doctor-patient communication training Programme designed for surgical residents in China: a prospective, large-volume study at a single Centre. *BMC Medical Education*, 19(338), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1776-7>
- Baungaard, N., Skovvang, P. L., Assing Hvidt, E., Gerbild, H., Andersen, M. K., & Lykkegaard, J. (2022). How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ Open*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057169>
- Bengoechea, C., Molinero, C., Velasco, C., & López-Ibor, B. (2021). Análisis del uso y funciones del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios en una unidad de oncología pediátrica. *Psicooncología*, 18(1), 173-191. <https://doi.org/10.5209/psic.74538>
- Berlin L. (2017). Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*, 4(3), 133-139. <https://doi.org/10.1515/dx-2017-0007>

- Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., & Posada-Zapata, I. C. (2016). Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH, Medellín 2012. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 543-553. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.41665>
- Bing-You, R., Hayes, V., Varaklis, K., Trowbridge, R., Kemp, H., & McKelvy, D. (2017). Feedback for Learners in Medical Education: What Is Known? A Scoping Review. *Academic Medicine*, 92(9), 1346-1354. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001578>
- Brindley, P. (2019). Commentary: Communication: The Most Important "Procedure" in Healthcare and Bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 28(3), 415-421. <https://doi.org/10.1017/s0963180119000331>
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., Nagpal, S., Saini, V., Srivastava, D., Chalmers, K., & Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet (London, England)*, 390(10090), 156-168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Calikoglu, E. O., & Aras, A. (2020). Defensive medicine among different surgical disciplines: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 73, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101970>
- Chaudhary, A., & Barwal, V. K. (2022). Defensive medicine in the context of the Indian health system. *Indian Pediatrics*, 59, 882-884. <https://doi.org/10.1007/s13312-022-2649-4>
- Chirivella González, V., Ribal Sanchis, J., Martí Selva, M. L., Grau Gadea, G., Conejero López, M., & Maroto Álvarez, C. (2019). Evaluación de la Competencia Transversal 8: Comunicación efectiva. En C. Calafat (Ed.), *I Jornada de innovación en docencia universitaria para la dirección de organizaciones públicas y privadas* (pp. 50-59). Editorial Universitat Politècnica de València. <https://doi.org/10.4995/JIDDO2019.2019.10237>
- Clínica Universidad de Navarra (2000). *Diccionario médico*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/medicina-defensiva>
- Colegio Médico de México A. C. (2021). *Estatutos del Colegio Médico de México*. FENACOME. <https://www.colegiomedicodemexico.com/assets/files/ESTATUTOS-FENACOME-VER12MAY2021.pdf>
- Colegio Médico del Perú (2023). *Código de Ética y Deontología 2023*. <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2023/02/Actualizacion-Codigo-de-etica-ultima-revision-por-el-comite-de-doctrina01feb.pdf>
- Congreso de la Unión, Cámara de Diputados (2024). *Ley General de Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

- Cruz-Valiño, A. B. (2019). Medicina defensiva: significado vs medición. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 109-111. <https://doi.org/10.23938/assn.0383>
- Escalona Velázquez, L. F., & Sánchez Cruz, Y. V. (2018). Comunicación asertiva en cirugía pediátrica. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 10. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/10/comunicacion-cirugia-pediatrica.html>
- Estévez Abad, F., & Estévez Vélez, A. (2021). Comunicación efectiva en salud: evaluación de una experiencia docente en estudiantes de medicina de Cuenca, Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, (52), 85-104. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2021.52.34162>
- Fineschi, V., Arcangeli, M., Di Fazio, N., Del Fante, Z., Fineschi, B., Santoro, P., Frati, P., & Associazione Consulcesi Health and ONLUS Futura Ricerca. (2021). Defensive Medicine in the Management of Cesarean Delivery: A Survey among Italian Physicians. *Healthcare*, 9(9), 1-10. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091097>
- Foldesi, E., Zörgő, S., Nyiró, J., Péter, G., Ottóffy, G., Hauser, P., & Hegedűs, K. (2022). Medical Communication during the Transition to Palliative Care in Pediatric Oncology in Hungary - The Parents' Perspective. *Children*, 9(5), 1-12. <https://doi.org/10.3390/children9050651>
- Franco Britos, M. A., Denis, A., Morel Ayala, Z., Solalinde, M. C., Ferreira Gaona, M., & Díaz Reissner, C. (2018). Medicina defensiva en Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 5(1), 25-35. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05\(01\)25-035](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05(01)25-035)
- Gamboa, C., & Valdés, S. (2015). *Responsabilidad de los Profesionales de la Salud. Derecho comparado a nivel internacional y local, Iniciativas presentadas y Notas Periodísticas (Segunda Parte)*. Cámara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-80-15.pdf>
- Hamui Sutton, L., Paulo Maya, A., & Hernández Torres, I. (2018). *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Manual Moderno, Facultad de Medicina, UNAM.
- Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (2024a). *Plan de estudios 2024, Médico cirujano. Curso Ética, Persona y Sociedad*. <https://samp.itesm.mx/Materias/VistaPreliminarMateria?clave=H1018&lang=ES>
- Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (2024b). *Plan de estudios 2024, Médico cirujano. Curso Bellas Artes*. <https://samp.itesm.mx/Materias/VistaPreliminarMateria?clave=CO1005&lang=ES>
- Lee, T., Lin, E. C., & Lin, H. C. (2022). Communication skills utilized by physicians in the pediatric outpatient setting. *BMC Health Services Research*, 22(993), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08385-5>

- Lenkiewicz, J., Lenkiewicz, O., Trzciński, M., Sobczak, K., Plenikowski, J., Przenioso, J., & Kottowska, A. (2022). Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences of Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052622>
- Lockwood, B. J., Gustin, J., Verbeck, N., Rossfeld, K., Norton, K., Barrett, T., Potts, R., Towner-Larsen, R., Waterman, B., Radwany, S., Hritz, C., Wells-Di Gregorio, S., & Holliday, S. (2022). Training to Promote Empathic Communication in Graduate Medical Education: A Shared Learning Intervention in Internal Medicine and General Surgery. *Palliative Medicine Reports*, 3(1), 26-35. <https://doi.org/10.1089/pmr.2021.0036>
- LP, Pasión por el Derecho. (2024). Código Penal peruano [actualizado 2024]. <https://lpderecho.pe/codigo-penal-peruano-actualizado/>
- Macías, V., Garcia, Z., Pavlis, W., Fowler, Z., Uribe-Leitz, T., Gilbert, H., Roa, L., & DelVecchio Good, M.-J. (2022). Interpersonal challenges in surgical care provision in rural Mexico: A qualitative study. *The Lancet Regional Health - Americas*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100210>
- Ministerio de Salud. (15 de julio de 1997). *Ley N.º 26842. Ley General de Salud*. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
- Passos dos Santos, R., Garros, D., & Carnevale, F. (2018). Difficult decisions in pediatric practice and moral distress in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(2), 226-232. <https://doi.org/10.5935%2F0103-507X.20180039>
- Pedrerros, C. (2019). Competencias y habilidades del médico en cuidados críticos en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.12.006>
- Perin, A. (2018). La redefinición de la culpa (imprudencia) penal médica ante el fenómeno de la medicina defensiva. Bases desde una perspectiva comparada. *Política criminal*, 13(26), 858-903. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992018000200858>
- Petrone, P. (2021). Principios de la comunicación efectiva en una organización de salud. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(2), 188-192. <https://doi.org/10.30944/20117582.878>
- Pun, J. (2021). A study of Chinese medical students' communication pattern in delivering bad news: an ethnographic discourse analysis approach. *BMC Medical Education*, 21(286), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02724-6>
- Quacquarelli Symonds. (2023). *QS World University Rankings 2023: Top global universities*. <https://www.topuniversities.com/world-university-rankings/2023>
- Quispe, R. C., Muñoz, E. M., Cadillo, A. V., & Ticse, R. (2019). Percepción de la competencia comunicativa médica durante la entrevista clínica en un hospital docente

- peruano: validación y aplicación de un instrumento evaluativo. *Medwave*, 19(9), 1-9. <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.09.7705>
- Ries, N. M., & Jansen, J. (2021). Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical research. *Health Policy*, 125(5), 634-642. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.005>
- Ries, N. M., Johnston, B., & Jansen, J. (2022). A qualitative interview study of Australian physicians on defensive practice and low value care: "it's easier to talk about our fear of lawyers than to talk about our fear of looking bad in front of each other". *BMC Medical Ethics*, 23(16), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00755-2>
- Ríos Ruiz, A. A., & Fuente del Campo, A. (2017). *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37807.pdf>
- Rudey, E. L., Leal, M. C., & Rego, G. (2021). Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine*, 100(1). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002476>
- Shamoradifar, Z., Asghari-Jafarabadi, M., Nourizadeh, R., Mehrabi, E., Namdar Areshtanab, H., & Shaigan, H. (2022). The impact of effective communication-based care on the childbirth experience and satisfaction among primiparous women: an experimental study. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 97(12), 1-9. <https://doi.org/10.1186/S42506-022-00108-2>
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for Communicating with Patients* (3.ª ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781910227268>
- Stiefel, F., Kiss, A., Salmon, P., Peters, S., Razavi, D., Cervantes, A., Margulies, A., & Bourquin, C. (2018). Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Annals of Oncology*, 29(10), 2033-2036. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy343>
- Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(60), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Tran, T. Q., Scherpbier, A. J. J. A., Van Dalen, J., Van, D. D., & Wright, E. P. (2020). Nationwide survey of patients' and doctors' perceptions of what is needed in doctor - patient communication in a Southeast Asian context. *BMC Health Services Research*, 20(946), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05803-4>
- Ünal, Ö., & Akbolat, M. (2022). Defensive Medicine Practices: Scale Development and Validation. *Medical Decision Making*, 42(2), 255-261. <https://doi.org/10.1177/0272989X211043077>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2018). *Facultad de Medicina. Medicina Psicológica y Comunicación*. http://www.facmed.unam.mx/fm/pa/2018/020305_MPC.pdf

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2018). *Cursos generales. Lenguaje*. <https://viceacademico.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2018/11/salud-todos-los-si%CC%81labos-2018-II.pdf>

Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2023). *Plan de Estudios 2023. Carrera profesional de Medicina*. https://medicina.cayetano.edu.pe/wp-content/uploads/sites/2/2023/03/Plan_de_Estudios_MEDICINA_2023.pdf

Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2018). Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World Journal of Clinical Cases*, 6(11), 406-409. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i11.406>