

Del derecho a la salud a la medicina defensiva: perspectiva de médicos en la atención a pacientes con diabetes tipo II

From the right to health to defensive medicine: perspective of physicians in the care of patients with type II diabetes

Laura Elizabeth Velázquez Tamez*

* Abogada. Doctorante en Filosofía con Orientación en Comunicación e Innovación Educativa en la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestra en Derecho por la Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey. Licenciada en Derecho y Especialidad en Derecho Público por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey.

Correspondencia: LEVT, laura.velazquez0720@yahoo.com

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Citar como: Velázquez TLE. *Del derecho a la salud a la medicina defensiva: perspectiva de médicos en la atención a pacientes con diabetes tipo II*. Rev CONAMED 2019; 24(2): 64-72.

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

Recibido: 14/12/2018.
Aceptado: 30/04/2019.

RESUMEN

A partir de la investigación cualitativa realizada con entrevistas en profundidad se pudo conocer la perspectiva de 30 médicos entrevistados que ejercen la medicina en el sector público y/o privado en la ciudad de Monterrey con respecto a la práctica médica defensiva. El análisis de la información señala las carencias en infraestructura y recursos en algunas instituciones públicas, el desconocimiento del médico del marco jurídico aplicable, la falta de habilidad comunicativa del médico para establecer una buena relación médico-paciente, la influencia negativa de los medios de comunicación en la difusión de noticias mediáticas con respecto a presuntos casos de mala praxis y la falta de comprensión de los pacientes con diabetes tipo II respecto a su responsabilidad inmediata en el cuidado de su propia salud, entre otros factores, como elementos importantes que favorecen las recurrencias hacia la práctica médica defensiva. Esto permite comprender la práctica médica defensiva como un fenómeno sociocultural que requiere un análisis multidisciplinario, dejando de lado la crítica severa hacia el médico, para comprender qué es lo que sucede en su entorno y que de alguna manera termina impactando en el estilo de su consulta.

Palabras clave: Derecho a la salud, medicina defensiva, comunicación médico-paciente con diabetes tipo II.

ABSTRACT

From the qualitative research carried out with in-depth interviews, it was possible to know the perspective of 30 doctors interviewed who practice medicine in public and/or private sector in Monterrey city respect to defensive medical practice. The analysis of the information points out the deficiencies in infrastructure and resources in some institutions, the doctor's ignorance of the applicable legal framework, the doctor's lack of communicative ability to establish a good doctor-patient relationship, the negative influence of the media on the dissemination of media news regarding alleged cases of malpractice and the lack of understanding of patients with type II diabetes regarding their immediate responsibility in the care of their own health among other factors, as important elements that favor recurrences towards defensive medical practice. This allows to understand the defensive medical practice as a sociocultural phenomenon that requires a multidisciplinary analysis, leaving aside the severe criticism towards the doctor to understand what is happening in his environment and that somehow ends up impacting his medical consultation.

Keywords: Right to health, defensive medicine, communication with type II diabetes patients.

INTRODUCCIÓN

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, celebrado por las Naciones Unidas y ratificado por México, reconoce en el artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este derecho está consagrado como un derecho fundamental contenido en el artículo 4 constitucional, que representa una obligación del Estado para garantizarlo. De éste se desprende la Ley General de Salud, que establece las bases para el acceso, las finalidades, organización, límites y alcances del propio sistema de salud, y de esta legislación emanan, a su vez, diversos reglamentos en dicha materia. Entre los principales ordenamientos jurídicos que regulan de manera complementaria el derecho a la salud, se encuentran, además, los Códigos Penal y Civil, las Normas Oficiales Mexicanas y las tesis y criterios emitidos por el Máximo Tribunal. Existe un marco jurídico, conformado no sólo por la legislación sino por jurisprudencia y tesis aisladas, que intenta dar certeza y seguridad jurídica a la comunidad médica y a los usuarios de los servicios de salud, a pesar de que muchos aspectos son desconocidos por ambas partes. De entrada, «la Medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos»,¹ por lo que «los profesionales de la salud han de decidir cuáles normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo».²

Por tanto, es claro que el actuar del médico no es sobre un resultado certero y que médicos y pacientes tienen su propia interpretación del derecho a la salud, incluso en su análisis jurídico, tal como lo advierte Montiel,³ el derecho a la salud se despliega en un haz relativamente complejo de derechos y posiciones subjetivas.

La comunicación en la relación médico-paciente con diabetes tipo II

Según refieren Hamui, Paulo y Hernández,⁴ la comunicación es una habilidad fundamental para los

médicos que debe priorizarse en el currículo y en la práctica médica, a fin de que el médico pueda comunicarse de manera efectiva con su paciente, lo cual es posible cuando el profesional ejerce la medicina basada en el diálogo, la negociación, promueve la participación del paciente como sujeto activo y supera el modelo hipocrático de la relación médico-paciente que apelaba al paternalismo (autoritario o bondadoso), que dejaba sin mayor participación al paciente respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud.

En dicha interacción médico-paciente debe existir un reconocimiento del contexto sociocultural del paciente, comprendiendo que el paciente es un ser humano con miedos, inseguridades y emociones diversas, por lo que la comunicación es vital para conocer la narrativa del paciente. Como acertadamente apuntan Hamui et al.,⁴ es necesario comprender los aspectos biopsicosociales y no sólo los biomédicos, la cultura y la historia personal del sujeto que se manifiesta en su enfermedad. Por ejemplo, los hábitos de higiene, alimentación, estilo de vida, situación familiar, entre otros, de los pacientes con diabetes tipo II son muy relevantes. Bajo un modelo dialógico, el médico logra un acercamiento al paciente que tendrá impacto directo en la adherencia al tratamiento y en la satisfacción usuaria.⁵ El médico que fortalece sus habilidades de comunicación logra entrevistas más efectivas, más precisas, eficientes y cuenta con el apoyo y colaboración de su paciente.⁶ Con frecuencia dicha habilidad comunicativa la desarrolla el médico con la práctica y no durante su formación en la universidad, pues la comunicación con el paciente se relaciona en mayor medida con explicar el padecimiento, los riesgos y beneficios de los procedimientos empleados a fin de que el paciente otorgue su consentimiento informado; es decir, se asocia la comunicación a los aspectos médico-legales de la profesión; no obstante, éste es sólo un fin de la comunicación en la relación médico-paciente, no el único ni el más importante.

El conocer toda la información sobre su padecimiento y tratamiento, así como los procedimientos a utilizar, no sólo es parte del derecho del paciente con respecto al Servicio de Salud que se le brinda, y también una obligación del médico frente al paciente, sino que adquiere una doble función, pues fortalece la relación médico-paciente, pues

la desconexión entre médico y paciente impacta en el nivel de comunicación que se establece, y las expectativas en torno al tratamiento que debe seguir el paciente.⁷ Un estudio sobre cómo impacta la relación con el médico sobre los índices glucémicos es la que publican Ríos et al.,⁸ en el que concluyen que los sujetos participantes sí estaban satisfechos con la relación con su médico y aunque no sea posible establecer una relación causal, sí existe una correlación entre la satisfacción y los índices glucémicos. Las emociones juegan un papel fundamental no sólo en el control de la enfermedad sino en la relación entre el médico y el paciente y la manera en la que el paciente percibe y califica el actuar del médico y la calidad en el Servicio de Salud que le brinda la institución. Tras el diagnóstico de la enfermedad, el paciente se ve afectado por estadios de negación, miedo, culpa, enojo, confusión y depresión,⁹ y es importante que el médico sepa sobrellevar la carga emocional del paciente con diabetes tipo II para animarlo a seguir el tratamiento, hablándole de manera franca respecto a las expectativas reales y eventuales complicaciones, pero enfocándose en lo que juntos pueden hacer para mejorar su estado de salud sin generarle falsas expectativas que puedan terminar en una inconformidad manifiesta en contra del médico por parte del paciente. Los sentimientos del paciente y del médico son igualmente importantes. «Tienen relación con las imágenes, a las que colorean de un estado de ánimo; con la memoria, pues aceleran o entorpecen los recuerdos; con el juicio, pues pueden falsificarlo; sobre todo, con los juicios de valor, pues toman un papel importante en la apreciación de las cosas, de modo que sentimientos subjetivos pueden cambiar el valor objetivo de las cosas».¹⁰ Por tanto, aun cuando la relación médico-paciente es de carácter clínico, los sentimientos de médico y paciente están presentes en dicha relación, el paciente se puede sentir triste, incómodo, enojado, agradecido, etcétera, y el médico también puede experimentar emociones aun cuando no lo reconozca abiertamente, pero esto hace que adapte su consulta en función de dicha relación que se establece y de las emociones que experimenta; por ejemplo, tras la práctica médica defensiva subyace el temor del médico a ser demandado.

La dimensión emocional es también una parte importante de la relación; según Hamui et al.,¹¹

los pacientes esperan del médico, además de la resolución de su problema de salud, un soporte emocional y social, para lo cual los médicos no siempre están capacitados formalmente, conformándose una interacción en la que entran en juego las emociones de ambas partes. Se requiere de inicio un buen manejo de las emociones propias por parte del médico para tener así un despliegue de inteligencia social y buen manejo de las relaciones con sus pacientes. La labor del médico de cualquier especialidad resulta ser como la labor de un artista, con un estilo único producto de sus rasgos de personalidad y de su historia personal.¹² Según Bolaños et al.,¹³ los pacientes con diabetes valoran que los médicos les proporcionen información clara y adaptada, que construyan un contexto de confianza, presten apoyo para el cambio y consideren sus perspectivas y circunstancias existenciales, para lo cual es necesario comprender cómo los pacientes construyen e interpretan su enfermedad y que la información que los médicos les brindan se adapte a las necesidades de los pacientes que acuden a ellos en el marco de un clima de mutua confianza. No obstante, es común encontrar en la consulta que los pacientes con diabetes tipo II responsabilizan únicamente al médico de los resultados y evaden asumir su propia responsabilidad como sujetos activos en el cuidado de su propia salud, lo cual favorece los conflictos en la relación médico-paciente al no obtenerse los resultados que se desean. Dichos conflictos incentivan la práctica médica defensiva.

Aunada a esto, la práctica médica defensiva se incrementa por el sentimiento de desamparo de los médicos por cuanto desde su perspectiva se pueden sentir desprotegidos por no poder garantizar un resultado que no depende de ellos, sino del estado clínico del paciente y de su empeño por seguir el tratamiento que se le indica, y que en casos extremos, al obtenerse un resultado desfavorable o presentarse una complicación, compromete el segundo bien jurídico máspreciado después de la vida: la libertad, llegando a un reduccionismo en el que el paciente le confía la vida al médico y el médico, al paciente, su libertad y su estabilidad económica para cubrir la reparación de un eventual perjuicio. Esta visión errada de la relación médico-paciente hace que el médico busque protegerse y

evadir situaciones que identifica como riesgosas, y lo lleva incluso a analizar de entrada los perfiles y estilos de personalidad de los pacientes que atiende durante la consulta ordinaria para detectar situaciones que representen algún riesgo para el propio médico, creciendo así la práctica médica defensiva. Hamui et al.⁴ precisan que la comunicación médico-paciente debe contemplar tres dimensiones: biomédica, emocional y socio-cultural, destacan que hay que profundizar en el conocimiento de los factores éticos y culturales de la práctica médica, comprender, entonces, ¿qué es lo que está viviendo el paciente conjuntamente con la experiencia de su enfermedad? Ahora bien, al hablar del médico sería oportuno comprender también los factores sociales y culturales que afectan la actuación del médico, lo que sucede en su entorno laboral, las condiciones en las que presta el servicio, la protección a sus derechos, entre otros factores que de alguna manera ejercen una influencia en la forma en la que el médico desarrolla su práctica médica.

Conceptualización de la medicina defensiva

Según Ortega et al.,¹⁴ la práctica médica defensiva es el cáncer de la medicina, un fenómeno que por sus costos económicos y sociales afecta la práctica médica, pues el profesional vive las consecuencias en su persona, su economía, familia, etcétera, y para evitar dichos problemas deforma su práctica diaria. Los médicos perciben el conflicto como una catástrofe que afecta al médico y al personal de salud.¹⁵ Guerrero¹⁶ precisa que para el profesional el coste de un conflicto es alto por el desgaste económico y moral que conlleva dicha experiencia. Por lo que se comprende que el profesional de la salud, que no es un especialista en derecho, busque, a su juicio, las maneras de prevenir el conflicto con base en su experiencia y en las experiencias que ve o aprende en su contexto.

Ramírez, et al.,¹⁷ así como Ortega et al.,¹⁴ revelan que los médicos en México suelen practicar algún grado de medicina defensiva, que la incidencia es alta y ello limita el actuar y el juicio del médico. Los médicos se sienten vulnerables y practican una medicina defensiva para protegerse, lo que dificulta que el médico brinde un servicio de calidad a su paciente y obtura el acceso a Servicios

de Salud adecuados; en ese sentido, la medicina defensiva es contraria al fin que se persigue con la tutela del derecho a la salud. Sánchez-González et al.¹⁸ precisan que la medicina defensiva se caracteriza por la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito de contar con evidencias documentales para hacer frente a una demanda, defender al médico de la crítica y evitar controversias, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.

En la práctica médica defensiva, el médico pierde el interés genuino en ayudar, ese «yo estoy aquí para ti» que refieren Hamui et al.,⁴ que se relaciona con la vocación y ética del médico, y empieza a centrar la atención de su actividad en evitar una demanda, lo cual desvirtúa el sentido de la profesión.

Los indicadores referidos por Ramírez et al.,¹⁷ Ortega et al.¹⁴ y Sánchez-González et al.¹⁸ para determinar la presencia de una práctica médica defensiva han sido utilizados como base conceptual y metodológica para orientar esta investigación 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?

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación tuvo por objetivo general 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 de los pacientes con diabetes tipo II.

Las categorías y subcategorías de análisis que se establecieron fueron las siguientes:

1. El derecho a la salud: agentes involucrados en el derecho a la salud, visión de sus derechos como médico, derechos de los pacientes, organización e instituciones.
2. Discurso médico: vocación, identificación con la profesión.
3. Práctica médica defensiva: búsqueda de apoyo para la toma de decisiones del médico, evasión de situaciones de riesgo para el médico, emociones del médico, acciones que considera que le protegen de una demanda.

4. Impacto de su visión médica en la atención a pacientes con diabetes tipo II: duración de consulta, medios y estrategias que utiliza para comunicarse con el paciente, relevancia de las emociones del paciente, noción de conflicto, confianza y empatía, conocimiento del paciente con diabetes tipo II, rol que asume el médico, rol que le atribuye al paciente, conocimientos adicionales para mejorar su práctica.

Se utilizó un muestreo no probabilístico sino propositivo e intencional, donde se estuvieron documentando casos disponibles. Atendiendo a la búsqueda de la comprensión profunda del objeto de estudio para determinar el tamaño de la muestra,¹⁹ se llegó a la saturación de categorías con la participación de 30 médicos entrevistados de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, que se desempeñan en consulta pública y/o privada (15 médicos de hospitales públicos de la localidad, 12 médicos de institución privada y tres participantes que al momento de la entrevista mencionaron en sus relatos desempeñarse como médicos en institución pública y privada de manera simultánea), en virtud de que al alcanzarse este número se escuchó una diversidad de ideas en las que ya no se documentaban nuevos elementos, sino se confirmaban los anteriores que habían aportado los médicos ya entrevistados; como lo señala Morse,²⁰ los datos se recolectan hasta lograr la saturación. Se desarrollaron entrevistas en profundidad con los médicos participantes, se diseñó un instrumento para tal efecto, que consta de 60 preguntas que funcionaron como guía y sólo en algunos casos se añadieron otras preguntas en el momento y sitio de la entrevista para profundizar en las respuestas de los participantes. De acuerdo con Taylor y Bogdan,²¹ las entrevistas en profundidad consisten en reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes dirigidos hacia la comprensión de sus perspectivas o experiencias expresadas con sus propias palabras, esto permite desentrañar significaciones elaboradas por los sujetos.²²

En dichas conversaciones fue necesario también interpretar gestos, miradas y silencios para replantear preguntas y dirigir o encauzar la entrevista siguiendo lo recomendado por Callejo.²³ Por ejemplo, después de responder a una pregunta, en algunos casos fue necesario pedir que narraran una experiencia que

ejemplificara su respuesta, a fin de comprender a qué se referían con «paciente difícil» cuando hablaban del conflicto en la relación médico-paciente. La localización de los sujetos participantes se realizó acudiendo al consultorio del médico y dando a conocer el objeto de la investigación, acreditando la legitimidad del proyecto y los fines académicos con el documento probatorio correspondiente expedido por la Coordinación del Doctorado en Comunicación e Innovación Educativa de la Universidad Autónoma de Nuevo León como parte de los trabajos de investigación de la autora. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los médicos participantes y posteriormente transcritas por la investigadora a fin de extraer patrones y derivar categorías de análisis. Corbin y Strauss²⁴ refieren que en la investigación cualitativa se busca darle voz a las preocupaciones y a los problemas que tienen los participantes de la investigación. Los resultados que se exponen permiten comprender la práctica médica defensiva desde la voz del médico, desde sus experiencias y significados vertidos en sus relatos. Los conceptos que se detallan como factores relevantes surgen de estos datos y clarifican que, en México, concretamente en el Área Metropolitana de Monterrey, la línea de investigación que aborda la medicina defensiva requiere expandirse, de un análisis ético centrado en la persona del médico para ir a un entendimiento de la realidad social y jurídica en la que el médico ejerce su profesión, donde las instituciones de salud y los medios de comunicación también juegan un papel importante.

RESULTADOS

Los resultados se pueden apreciar en la *tabla 1*, dividida en tres puntos medulares que guiaron los objetivos de la investigación.

DISCUSIÓN

Los médicos consideran que pueden ejercer su profesión de manera libre, pero señalan que algunas instituciones de salud no propician condiciones mínimas para un ejercicio profesional adecuado al privarles del material mínimo necesario para desempeñar su profesión. Buscan que sus derechos sean conocidos por la sociedad y reconocidos por las instituciones de gobierno, tanto a nivel jurídico

como en la organización del sector salud, y muestran una franca preocupación por que los pacientes reciban una atención adecuada y rápida, coinciden en que la atención debe ser de primer

nivel sin importar el tipo de institución, si es pública o privada, y que esto es una tarea pendiente del Estado para mejorar la capacidad de atención de los hospitales públicos, sus equipamientos, así

Tabla 1. Implicaciones del derecho a la salud y recurrencias hacia la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con diabetes tipo II.

Categoría	Resultado
Conceptualización del derecho a la salud desde la perspectiva del médico	<p>Definen el derecho a la salud en términos de acceso y cobertura. Desconocen el marco jurídico aplicable</p> <p>Desean una mejora del sistema de salud y una revisión de la legislación de la materia</p> <p>Consideran que sus derechos no son reconocidos por sus pacientes, las instituciones, ni difundidos por la sociedad</p> <p>Criticán el sistema de impartición de justicia para procesar a los médicos por una mala praxis</p> <p>Culpan a los medios de comunicación de mal informar al paciente con diabetes</p>
Emociones y motivaciones en el discurso médico	<p>Poseen sentido de altruismo que asocian con su vocación</p> <p>Intentan mantener sus emociones distantes de su práctica médica, pero no siempre lo logran</p> <p>Se motivan con el agradecimiento del paciente</p> <p>Atribuyen al paciente un papel protagónico</p> <p>Buscan la mejora continua conformando comunidades de aprendizaje con otros médicos</p>
Recurrencias de la práctica médica defensiva en la atención a pacientes con diabetes tipo II	<p>Se sienten vulnerables y desconfían del paciente, esto se acentúa tratándose de instituciones públicas</p> <p>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</p> <p>Consideran que es aconsejable terminar la relación médico-paciente cuando el paciente muestra una actitud de desconfianza en la consulta</p> <p>Visualizan el consentimiento informado y el expediente clínico como herramientas para defenderse legalmente de una eventual demanda</p> <p>Consideran necesario recibir capacitación jurídica y enseñanza de estrategias comunicativas para la comunidad médica</p> <p>No evaden atender urgencias o a pacientes con complicaciones</p> <p>Les disgusta ser cuestionados y/o desobedecidos por los pacientes</p> <p>Dedican más tiempo a la consulta de un paciente con diabetes</p> <p>Citan al paciente con diabetes con mayor frecuencia, pero sólo acude cuando se complica su estado de salud</p> <p>Previenen el conflicto con una buena comunicación, la consideran la base de la relación</p> <p>Buscan el trato personal y directo con el paciente</p> <p>Procuran conocer el contexto emocional, familiar y social del paciente</p> <p>Informan al paciente con tacto, matizando la información respecto a su padecimiento</p>

Elaboración propia de la autora con base en los resultados de la investigación.

como las políticas públicas de salud, para garantizar cobertura y acceso a instituciones de salud de calidad a todos los mexicanos.

El médico de hoy en día sigue siendo humano y antes que una fuente de ingresos ve en su profesión su razón de ser, su sentido de existir, se regocija en ayudar al paciente, en la consulta privada no tiene problema en regalar su tiempo para consultar a alguien que no puede pagar, pero se dice molesto en atender a alguien que le exige una receta, un tratamiento o le ordena el llenado de papeles para cubrir incapacidades en la consulta pública; en ese sentido, el médico es reactivo a la actitud del paciente. Todos definen al paciente como el protagonista de su trabajo diario, el papel más importante, pero culpan a los medios de comunicación de mal informarlo, de difundir noticias mediáticas en contra de los médicos y de influir en que el paciente no asuma su responsabilidad en el cuidado de su salud.

Señalan que es vital profundizar en el aprendizaje de habilidades comunicativas de los médicos para que desarrollen una adecuada comunicación con el paciente, que es la base de la relación, pues esta habilidad la aprenden con la práctica, pero es necesario que los estudiantes de medicina aprendan esto y los médicos en ejercicio se involucren en aprender mejores formas de comunicarse con sus pacientes.

En cuanto a tres indicadores de la práctica médica defensiva: referencias de interconsultas aunadas al aumento en la frecuencia de consultas, así como uso excesivo de tecnología para confirmar certeza de sus decisiones, no se apreció que fueran factores importantes por cuanto que no refirieron que la tecnología fuese para amparar sus decisiones ante un posible conflicto, sino que es utilizada de acuerdo a su disponibilidad y en función de las necesidades del paciente. Igualmente, el número de interconsultas y la frecuencia en las citas se establece en función de la situación clínica del paciente, acentuándose en el paciente con diabetes tipo II producto de las eventuales complicaciones que presenten.

Respecto a un cuarto elemento de la práctica médica defensiva consistente en evadir situaciones de riesgo por parte del médico, es importante destacar que el médico no evade atender casos de complicaciones o urgencias, percibe dichas

situaciones como un reto profesional y un deber hacia el paciente que requiere su ayuda en ese momento. No obstante, el riesgo lo asocian a la actitud del paciente, a sus rasgos de personalidad, los médicos analizan actitudes y formas de expresarse en la interacción de la consulta, a efecto de emitir un juicio de valor respecto a si estos pacientes son o no propensos a inconformarse, por lo que se dicen atentos para evitar este tipo de pacientes en la medida de lo posible, los cuales identifican como pacientes difíciles o complicados en su trato personal.

Tras el análisis de otro elemento de la práctica médica defensiva consistente en comentar los casos clínicos con otros médicos, se apreció que el médico lo hace siempre con la intención de aprender, que está en su naturaleza el descubrir, comprender y explicar, llegar a un conocimiento profundo de aquellos aspectos que se le presentan en su práctica diaria; es, finalmente, parte importante de su vocación, mas no lo hace por inseguridad o temor de una demanda, sino porque tiene un deseo de ser un experto en su disciplina, reconociendo sus limitantes y que siempre está en un aprendizaje y renovación constante para llegar a la excelencia.

Se concluye como hallazgo que muestran desconfianza y desconocimiento del marco jurídico aplicable, se perciben vulnerables y advierten que como médicos son escasos los conocimientos que tienen de medicina legal, que desconocen terminología jurídica y aspectos legales que hoy consideran más necesarios en su profesión, por lo que señalan que les gustaría aprenderlos.

Una causa que no se contempla en la literatura es el nivel de confianza del médico hacia el sistema jurídico que rige en materia de salud. En el escenario más grave, más allá de enfrentar un arbitraje o una causa civil con una eventual reparación patrimonial, los médicos revelan temer ser acusados de homicidio doloso con agravante de responsabilidad médica a raíz de los hechos difundidos por los medios de comunicación y ello impacta en el estado de derecho que implica tanto el respeto irrestricto de los derechos fundamentales de los pacientes, pero también de los derechos derivados de la norma fundamental para los médicos, a pesar de que exista mayor atención al cumulo de obligaciones en el ejercicio de la profesión del médico

que a sus derechos. En la exigencia de un estado de derecho están tanto médicos como pacientes por ser los dos agentes en los que se desarrolla la relación clínica.

CONCLUSIONES

La práctica médica defensiva es una forma que, más allá de la distancia que establece el médico del paciente en su comunicación y empatía, está llena de temores, miedos e incertidumbres y desconfianzas. Se concluye, después de la investigación, que dichos temores y reservas no las dirige el médico únicamente hacia el paciente, sino al sistema, a los órganos de procuración e impartición de justicia, temor que inicia de entrada por el desconocimiento del propio médico respecto a lo que le ampara en realidad. El paciente es el depositario de la vulnerabilidad que percibe el médico. Por tanto, esta investigación resalta la importancia de procurar el estado de derecho para disminuir la tendencia creciente de la práctica médica defensiva, así como enseñar y difundir de manera más amplia aspectos médico-legales a la comunidad médica a fin de que conozcan no sólo sus obligaciones sino también el marco jurídico que los protege.

AGRADECIMIENTOS

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

BIBLIOGRAFÍA

1. *Lex artis ad hoc*. Su concepto en materia médica. Cuarto tribunal colegiado en materia administrativa del primer circuito. Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, 2013. p. 1819.
2. Responsabilidad profesional médica. Significado del concepto *lex artis* para efectos de su acreditación. Cuarto tribunal colegiado en materia administrativa del primer circuito. Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, 2013. p. 1891.
3. Montiel L. Derecho a la salud en México: Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista del instituto Interamericano de derechos humanos. 2005 [Citado 17 de junio de 2018] 40. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R08064-9.pdf>.
4. Hamui L, Paulo A, Hernández I. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. México. Ed. El Manual Moderno. 2017.
5. 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.
6. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? Rev Méd Chile. 2010; 138: 1047-1054.
7. Strain W et al. Time to do more: addressing clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract. 2014; 105 (3): 302-312.
8. Ríos M, Acevedo O, González 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.
9. Molina-Iriarte A, Acevedo-Giles O, Yáñez-Sandoval ME, Dávila-Mendoza R, González Pedraza Avilés A. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. Rev Esp Méd Quir. 2013; 18: 13-18.
10. Beuchot M, Primero L. Perfil de la nueva epistemología. México: Publicaciones académicas CAPUB; 2012.
11. Hamui A, Grijalva M, Paulo A et al. Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. Rev CONAMED. 2015; 20 (1): 17-26.
12. Leal F, Plata E. La relación médico-paciente en pediatría. El pediatra eficiente. Editorial médica panamericana 2012.
13. Bolaños E, Sarria-Santamera. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Atención primaria. 2003 [Citado 17 de junio de 2018] 32: 195-200. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perspectiva-los-pacientes-sobre-diabetes-13051023>.
14. Ortega M, Méndez J, López F. Medicina defensiva. Su impacto en instituciones de salud. Rev CONAMED. 2009; 14: 4-10.
15. Campo G, Valencia R, Pacheco A. Síndrome postdemanda médico-legal. Dentro del libro Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico. Reflexiones y propuestas. Comisión Estatal de Arbitraje Médico. 2014. [Citado el 17 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/pdf/Fuentesdelconflictoenlarelacionpaciente-médico.pdf>.
16. Guerrero R. Fuentes del conflicto en la práctica de la Traumatología y la Ortopedia. Dentro del libro Fuentes del conflicto en la relación paciente-médico. Reflexiones y propuestas. Comisión Estatal de Arbitraje Médico. 2014. [Citado el 17 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/pdf/Fuentesdelconflictoenlarelacionpaciente-médico.pdf>.

17. Ramírez Y, Parra A, Balcázar L. Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. *Aten Fam.* 2017; 24 (2): 62-66.
18. Sánchez-González J, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo E, Hernández-Gamboa L, Rivera-Cisneros, A. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj.* 2005; 73 (3): 199-206.
19. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación México*: McGraw Hill. 2015.
20. Morse J. The significance of saturation. *Qual Health Res.* 1995; 5 (2): 147-149.
21. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Nueva York. 1984.
22. Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev Fac Med.* 2017; 65: 329-332. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>.
23. Callejo J. Observación, entrevista y grupos de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76 (5): 409-422.
24. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Estados Unidos de América: Sage Publications. 2008.