

Jorge
Oseguera-Rodríguez,¹
Leonardo
Viniegra-Velázquez²

Características humanistas del médico deseadas por la sociedad

¹Coordinación
Delegacional de
Educación en Salud,
Querétaro, Querétaro
²Unidad de Investigación
Educativa,
Coordinación
de Investigación Médica,
Distrito Federal,
México

Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Jorge
Oseguera-Rodríguez.
Tels: (442) 216 1757,
215 0936.
Correo electrónico:
jorge.oseguera
@imss.gob.mx

RESUMEN

Las instituciones encargadas de la formación de médicos deben escuchar la opinión de la sociedad y conocer lo que se espera de estos profesionales de la salud. Con el objetivo de conocer las características que la sociedad considera necesarias en los médicos para que la atención que recibe sea satisfactoria, se efectuaron entrevistas a los usuarios de los servicios de salud y profesionales de la salud, analizadas mediante el método cualitativo de análisis del discurso. Se entrevistó a 37 diferentes profesionales de la salud (enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, recepcionistas y estudiantes de medicina), a tres grupos organizados de pacientes (hipertensos y diabéticos) y a 30 pacientes cuya edad fluctuaba entre 18 y 50 años. Las características deseables en los médicos que mencionaron con más frecuencia los pacientes fueron: que expliquen, la amabilidad y la comprensión; los profesionales de la salud mencionaron el trato humanitario, ser amables y explicar. En general, los aspectos estuvieron relacionados más con las actitudes que con los conocimientos. Se concluye que es necesario que las instituciones formadoras no sólo se preocupen por las características cognitivas de sus egresados sino definan claramente sus características humanistas, para poder establecer estrategias pedagógicas adecuadas para lograrlas y evaluarlas, y de esta forma satisfacer las demandas de la sociedad.

SUMMARY

Forming physicians educative institutions must pay attention to society expectations about health professionals. Physicians and patients as users of health services were interviewed in order to know what the physician's profile is to be qualified as satisfactory. Results were analyzed with a qualitative method. Thirty seven health professionals were interviewed. Group included: physicians, nurses, social medical workers, medical office assistants and medicine students. We interviewed three patient groups (hypertensive and diabetic patients) and 30 additional patients with age range from 18 to 50, most of them female. Characteristics that were more frequently mentioned by patients: skills in communication in order to give them better information about its disease, kindly and humane care (compassion and emphatic). These aspects are related more with attitude than to knowledge. Therefore, we can conclude that forming physician institutions should not worry only their graduate's cognitive skills, but also to define their humane qualities. This would make possible to establish suitable pedagogic strategies in order to achieve and assess humane formation to fit with society expectations.

Recibido: 28 de febrero de 2006

Aceptado: 6 de julio de 2007

Introducción

Los requerimientos de la sociedad en el siglo XXI han obligado a las instituciones de educación superior a entrar en procesos de evaluación y acreditación que garanticen que están formando a los profesionales acordes a las nece-

sidades de los ciudadanos de este nuevo siglo. Para lograr esto se ha propuesto como estrategia central definir las características del egresado que pretenden formar estas instituciones.

La definición de estas características en las escuelas de medicina se ha realizado generalmente por expertos médicos y educadores sin tomar

Palabras clave

- ✓ humanismo
- ✓ papel del médico
- ✓ actitudes
- ✓ valores sociales

Key words

- ✓ humanism
- ✓ physician's role
- ✓ attitude

en cuenta la voz de los usuarios. La experiencia de algunas universidades como las de Ontario, en Canadá, parece indicar que la calidad de la atención médica y la satisfacción de los usuarios mejoran cuando sus opiniones son escuchadas.^{1,2}

En el ejercicio de la medicina existe la necesidad de garantizar a la población la competencia de los médicos que la atiende, esto da legitimidad social a la profesión y le permite ganar la confianza y el respeto de los pacientes. Por lo tanto, es necesario establecer un modelo de la práctica profesional aceptable equivalente al "deber ser" profesional, de forma que se establezca un "patrón de referencia" contra el cual se pueda comparar a cada individuo. El modelo que sirve de "patrón de referencia" en el proceso se construye mediante la articulación del estado del arte necesario para una práctica aceptable de la profesión, con los ambientes de trabajo estándar en los cuales habrá de desempeñarse el individuo, donde la opinión de los pacientes y las expectativas que tienen sobre los profesionales deben tomarse en cuenta, de manera que la educación sea más sensible a las necesidades cambiantes de la sociedad.

Para que el modelo de evaluación resulte funcional deben vencerse dos grandes retos: hacerlo operativo, estableciendo claramente sus componentes, variables e indicadores, traducidos en características claramente enunciadas, y determinar los criterios de ejecución, para distinguir el cumplimiento o incumplimiento de las normas.

En el ámbito hispanoparlante pocas han sido las instituciones que han definido en forma concreta las características finales de sus alumnos y en muchos casos se han limitado a hacer declaraciones de escasa utilidad para que los estudiantes sepan lo que se espera de ellos al licenciarse, para que los profesores puedan enmarcar sus actividades y puedan definir los criterios de evaluación.

La responsabilidad de definir las características de los médicos atañe a diferentes personas de diferentes instituciones. Por ello, definirlos no es una tarea fácil. Es responsabilidad principalmente de las instituciones educativas, pero otros agentes tienen que ser implicados, entre ellos los sistemas de salud de cada país, estado, región, etcétera; los profesionales médicos³ y las instituciones que los representan, los recién gra-

duados, los estudiantes, los profesionales de otras profesiones sanitarias,⁴ los representantes patronales, el gobierno, los sindicatos, los pacientes y la sociedad en general.⁵

En esta línea, algunas agrupaciones profesionales como el Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental⁶ y las facultades de medicina escocesas,⁷ entre otros, han elaborado inventarios de las características deseadas en los médicos.

Ante este panorama, nuestro interés y el objetivo de este estudio se centra en escuchar las voces de la sociedad, expresadas a través de los pacientes, grupos de pacientes y profesionales de la salud, sobre las características que deben tener los médicos para que la atención sea satisfactoria.

Nos enfocamos a revisar algunas de las percepciones en torno a la concepción de las características que debe tener un buen médico desde el punto de vista de los pacientes y los profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Querétaro, México. Es importante señalar que la información presentada no es generalizable a todos los pacientes ni profesionales, pero es un acercamiento a las ideas y convicciones de los mismos.

Material y métodos

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas, que fueron grabadas, a 30 pacientes entre 18 y 50 años, con una media de 37.9 años, 60 % mujeres y 40 % hombres, en el momento que acudían a las unidades de salud de atención primaria y hospitalaria; a tres grupos organizados de pacientes en el momento que se reunían (dos de diabéticos y uno de hipertensos) y a 37 profesionales de la salud (enfermeras 37.8 %, médicos 27 %, trabajadoras sociales 13.5 %, recepcionistas 13.5 % y médicos internos 8.11 %, 81 % del sexo femenino), que en su labor diaria se encuentran en contacto con los pacientes.

Pensamos que estas personas podrían facilitarnos el acceso a dos tipos iniciales de discurso: el del individuo que requiere la atención y el discurso de la necesidad compartida por todos aquellos que rodean al afectado. El material fue revisado mediante el método cualitativo de análisis del discurso, utilizado ampliamente bajo

diversos sistemas de análisis en la práctica educativa.⁸

Así se identificaron los discursos sobre las características esperadas en un médico. Las preguntas efectuadas se referían a los aspectos que les gustan y no les gustan de la atención que proporcionan los médicos, y cuáles serían las características que los médicos deberían tener para que la atención fuera más satisfactoria para el paciente.

A cada sujeto se le explicaron los motivos de la entrevista, la confidencialidad en el manejo de la información y por qué del uso de la grabadora como forma de registro de los relatos. Para recopilar la información se elaboró una guía de entrevista.

Análisis de la información

Todas las entrevistas se transcribieron y revisaron, corrigiendo los errores al confrontar los registros auditivos con los escritos. Después de una lectura repetida de las entrevistas, se elaboró una serie de categorías para clasificar la información de los temas tratados en las conversaciones, teniendo como base el marco teórico. Estas categorías y los registros escritos se sometieron a validación por una ronda de expertos, quienes establecieron si las subcategorías y los enunciados reflejaban la definición para la categoría.

En el cuadro I se listan las categorías estudiadas y las subcategorías de cada una; las nueve primeras fueron consideradas como las caracte-

rísticas que la sociedad desea del médico. La décima categoría, “tiempo”, no se clasificó como una cualidad del profesional médico, y aunque pareciera ser una variable no dependiente de este profesional, por la frecuencia con que fue mencionada por los entrevistados se consideró importante incluirla en el análisis y la discusión, pues parece ser un factor que influye en algunas de las categorías analizadas, afectando la realización de éstas.

Se consideró como una cualidad esperada el significado del enunciado, sin importar que éste hubiese sido expresado en forma positiva o negativa o incluso neutra, por ejemplo: “la calidad humana es muy importante”, “una mejor atención a los pacientes es ser más humanos, humanitarios”, “deben tomar clases de humanidad”.

Posteriormente estas categorías se estudiaron en conjunto con todo el texto y se efectuó el análisis con el programa Nudist 6.0 (*Non-Numerical Unstructured Data Indexing Search and Theorizing*), que facilita el análisis de datos cualitativos permitiendo codificar unidades de significado diferenciables en el texto, efectuar recuentos de tales unidades y examinar el contenido de las categorías resultantes;⁹ los renglones de texto fueron considerados como las unidades de análisis. Es decir, el programa busca en la totalidad del texto la presencia de la categoría establecida y separa cada unidad de análisis donde está presente la categoría. Los expertos validaron si en ese enunciado el significado correspondía a la definición de la categoría y que los sujetos estuvieran expresando la importancia que le dan a esa cualidad.

Cuadro I
Categorías y subcategorías de las características deseables en el médico

Categorías	Subcategorías
Explicar	Explicar, informar, comunicar, ser claros, dar indicaciones
Escuchar	Escuchar, permitir expresarse, paciencia, dejar que hable el paciente
Amabilidad	Amabilidad, buen trato, calidez, atención, afectivos, cordial, actitud
Comprensión	Entienden, ponerse en los zapatos, comprensión, conciencia, tacto, sensibilidad
Profesionalidad	Entrega, ganas, empeño, preocupación, amor a la carrera, involucramiento, profesionalidad
Respeto	Respeten, educados, valores
Conocimiento	Conocimientos, preparados, actualización, capacitación
Responsabilidad	Responsables, cumplir, puntualidad
Humanitario	Calidad humana, humanidad, humanitarios
Tiempo	Tiempo, espacio, agilidad, esperar

Resultados

El estudio de las categorías en el programa Nudist, analizando por separado pacientes y profesionales de la salud, nos muestra la frecuencia con que se mencionó, cuando menos una vez, la categoría en cada una de las entrevistas (cuadro II).

Podemos observar que las características que con más frecuencia mencionaron los pacientes fueron que el médico explicara, la amabilidad y la comprensión; los profesionales de la salud mencionaron más frecuentemente el trato humanitario, la amabilidad y que se explique al paciente. Es interesante ver que si bien el factor tiempo es considerado por ambos grupos, la frecuencia con que se menciona no tiene las mismas proporciones y el trato humanitario es una cualidad no considerada por los pacientes en lo individual de manera explícita, pero las otras categorías mencionadas hacen ver que esta implícita en las entrevistas.

En los grupos de pacientes estudiados la dinámica fue variada. En un principio parecía que se cumplía perfectamente la *folie à deux* (la "locura compartida"), pues cada grupo adoptó una actitud diferente, que compartían cada uno de sus integrantes: si se comenzaba con una se-

rie de quejas, todos continuaban en ese mismo tema, quejándose sin rescatar probablemente nada, pues si lo hacían podían ser enfrentados por el resto del grupo. Lo expresado se consideró más relacionado con el sistema de salud que con las características esperadas del médico, por lo que se analizaron en conjunto los tres grupos.

Al buscar la frecuencia con que fueron mencionadas las categorías en las unidades de análisis (renglones de texto), en los tres grupos de estudio (pacientes, grupos y profesionales) encontramos que las categorías más mencionadas fueron explicar, escuchar y la amabilidad, así como el ser humanitario, expresado por los profesionales de la salud (cuadro III).

El análisis presentado en el cuadro III nos permite observar la intensidad con que se demandan las características esperadas en la totalidad de los renglones de texto que contiene la entrevista.

Tras un primer análisis aproximativo de la transcripción de las entrevistas, podemos describir algunas características de los tipos de discurso encontrados, que no pueden ser reflejadas cuantitativamente y que requieren un análisis interpretativo. De manera jerárquica, los pacientes consideraron que un médico debe tener las siguientes características:

Cuadro II
Porcentaje de mención de cada una de las categorías en las entrevistas, relacionadas con las características deseables en el médico

	Humani- -tario	Explicar	Amabilidad	Compren- -sión	Escuchar	Respeto	Conocimiento	Profesio- -nalismo	Respon- -sabilidad	Tiempo
Pacientes	0	53	33	27	20	13	13	7	7	20
Profesionales	43	36	43	21	26	14	29	29	0	64

Cuadro III
Porcentaje de mención de cada una de las categorías en las unidades de texto, relacionadas con las características deseables en el médico

	Humani- -tario	Explicar	Amabilidad	Compren- -sión	Escuchar	Respeto	Conocimiento	Profesio- -nalismo	Respon- -sabilidad	Tiempo
Pacientes	0	11.6	7.4	2.4	9.3	1.9	1.9	2.3	1.4	6.6
Grupos	1.1	7.1	9.7	0.5	5.4	0.5	2.2	1.1	0.5	4.9
Profesionales	5.8	2.7	5.2	2.8	5.4	1.4	3.1	2.0	0.0	5.1

1. Buen trato, ser amable, atento, bueno.
2. Que escuche, sea paciente y comprensivo.
3. Que no haga esperar mucho tiempo, que dé espacios para la expresión del paciente, pero también que sea más ágil (rápido) en la consulta para disminuir los tiempos de espera; que la tardanza no sea mucha, que cumpla con sus horarios y sea puntual.
4. Que les informe, les explique en qué consiste el padecimiento y tome en cuenta sus puntos de vista.
5. Que les pregunte, se preocupe por ellos, los revise.
6. Que sea sensible, cálido y de buen humor.

A su vez, los profesionales de la salud consideraron que las características que el médico debe poseer son:

1. Mayor calidad humana, que tenga un trato y comportamiento humano, que sea humanitario.
2. Que comprenda, entienda, sea consciente de la situación por la que está pasando el paciente.
3. Que sea atento, amable, cordial, correcto, educado y respetuoso al tratar al paciente.
4. Que escuche y permita a los pacientes hablar y expresar sus necesidades.
5. Que informe, explique y sea claro al dar las indicaciones al paciente.
6. Que sea sensible, empático, se involucre, demuestre interés y tenga ganas de ayudar.
7. Que salude y vea a los ojos.
8. Que tenga los conocimientos para hacer un diagnóstico e indicar un tratamiento en forma adecuada. Que se actualice y capacite.
9. Que ame su carrera, tenga vocación y sea profesional.
10. Que tenga valores y sea ético.

Discusión

La frecuencia con que las voces de los pacientes se expresan, tanto de manera individual como grupal, nos permite decir que en primer lugar se desea que los médicos sepan escuchar, explicar y sean amables, es decir, nos confirma que las habilidades de comunicación (escuchar, explicar y saber dar noticias) ocupan el primer lugar de las características demandadas por la

sociedad. Los profesionales de la salud están de acuerdo con esto, pues consideran dentro de sus tres prioridades escuchar y el trato amable; además, mencionan la categoría humanitario, un concepto que podría ser considerado como incluyente de muchas otras categorías y que es poco utilizado por los pacientes.

En segundo lugar de frecuencia se demanda el trato amable, que incluye calidez y afectividad, asociado con la comprensión, categorías que podrían ser consideradas dentro de la empatía, entendida ésta como la respuesta emocional que procede de la comprensión de la situación de otra persona, de ponerse en su lugar, proporcionándole así la mejor atención.¹⁰ Ha sido una característica demandada por los entrevistados al expresar la necesidad de la comprensión, del trato humanitario y amable o el ponerse en los zapatos del paciente.

Los resultados nos muestran un aspecto importante donde los pacientes en general y la mayoría de los profesionales de la salud en particular, consideran que los médicos están bien preparados en sus conocimientos (dimensión técnica), pero respecto a su comportamiento actitudinal y afectivo (dimensión interpersonal) no están satisfechos, aunque los justifiquen, pues consideran que el factor tiempo y el número de pacientes no les permite cumplir las otras demandas, como que escuchen, expliquen y proporcionen un buen trato, educado y respetuoso.

Estudios previos^{11,12} han mostrado evidencias de que la mayoría de las quejas sobre la actuación de los médicos están relacionadas con la dimensión interpersonal, con conductas impropias, más que con falta de conocimientos técnicos; además, se ha encontrado que en el transcurso de los años de proceso formativo, los alumnos mejoran sus habilidades y conocimientos, pero las conductas profesionales o humanistas pueden disminuir en el mismo periodo.

En nuestra investigación, las características relacionadas con el ejercicio profesional (los conocimientos, el trato profesional y la responsabilidad) fueron poco cuestionadas por los pacientes entrevistados, aunque hubo quien manifestó que aceptaba que no le pudieran decir lo que tenía en la primera consulta pero en las subsecuentes esperaba que el médico le informara en qué consistía su padecimiento, es decir, que hubiese consultado y revisado su caso

*El respeto de los puntos de vista del paciente y la consideración de sus opiniones cuando es necesario tomar decisiones respecto a su salud; atender el bienestar psicológico del paciente; recordar que el paciente es único e individual; tratar al paciente en su contexto familiar y ambiente social y físico; poseer buenas características de comunicación y para escuchar; proporcionar confidencialidad y confianza; demostrar calidez y compasión y ser empático

†Reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo, unicidad del paciente, globalidad del paciente, respeto a la libertad, participación de los pacientes, igualdad y equilibrio en la relación empatía-afecto

para llegar a un diagnóstico, que implica la responsabilidad con el paciente, la actualización y la capacitación continua.

En ese mismo sentido los profesionales de la salud consideran que algunos médicos desprecian la capacitación y actualización que les ofrece la institución donde trabajan, a pesar de la responsabilidad profesional y ética, lo que demandaría en cada uno de los egresados de las escuelas de medicina una conciencia clara de la necesidad y la responsabilidad de mantenerse actualizados. Uno de los grupos señaló que es una responsabilidad de la institución verificar que sus profesionales estén adecuadamente capacitados, sobre todo cuando éstos tienen que tomar decisiones que ponen en peligro la vida de los pacientes.

Los profesionales de la salud, en forma reiterada, señalaron que los médicos deben ser humanitarios, tener humanidad, ser más humanos y tener conciencia humana. En la medicina el humanismo debe ser considerado como todo el conjunto de valores, actitudes y prácticas que promueven una auténtica vocación de servicio y dan lugar a considerar al paciente como un semejante que sufre y solicita alivio.¹³

Aunque se ha reconocido la necesidad de evaluar los valores, las actitudes y las conductas de los profesionales en su relación interpersonal con los pacientes, más allá de sus conocimientos y habilidades, los métodos utilizados no han tenido el éxito deseado, siendo una de las principales causas la indefinición de lo que se quiere evaluar. Se han establecido algunas características del médico humanista como la empatía, la autenticidad, la compasión, la fidelidad, la integridad, el respeto, la espiritualidad y la virtud; tratando de diferenciarlas del profesionalismo, donde otros autores como Markakis¹⁴ han agrupado la responsabilidad, el altruismo, el compromiso con la excelencia, el deber, el honor y el respeto para otros.

Otros estudios^{15,16} han definido con más claridad las características humanistas con las que deben contar los médicos, y han intentado conocer cuáles son los factores predictores de estas actitudes humanistas en estudiantes de medicina al evaluarlas utilizando pacientes estandarizados que calificaron el grado de humanismo de los alumnos, contrastándolos con otras cuatro escalas de actitud previamente utilizadas.¹⁵

Se consideraron los conceptos medidos por los instrumentos como importantes para la actuación clínica general, y no solamente como predictores de humanismo y que los alumnos que presentan actitudes inclinadas a dar importancia a los factores psicosociales tienen una inclinación a desarrollar actitudes humanistas.

Se plantea pues, como una necesidad, encontrar los factores que predicen el actuar humanista de los médicos, reconociendo las implicaciones de éstos en el proceso de selección de los estudiantes de medicina y la posibilidad de una intervención educativa dirigida, que pueda transformar positivamente las actitudes con que ingresan los alumnos.

Al comparar las características expresadas por Rogers¹⁵ como características humanistas* y por Gafo¹⁷ como los rasgos de una atención humanizada† provenientes de otros contextos sociales, encontramos algunas coincidencias en lo expresado por nuestra sociedad, sobre todo en los aspectos de poseer buenas características de comunicación, atender el bienestar psicológico, demostrar calidez y compasión y tener un equilibrio en la relación empatía-afecto.

En nuestro estudio, los pacientes demandaron el respeto a sus puntos de vista, solicitaron se les escuche, aunque aceptan que sus puntos de vista pudieran no ser correctos técnicamente, pero solicitaban respeto a su derecho a expresarlos, aunque no necesariamente sean aceptados por el profesional, y solicitan les expliquen por qué son rechazados.

Que se tome en cuenta su contexto familiar, social y físico (globalidad del paciente) fue expresado por algunos de los entrevistados, pues a veces se les dan indicaciones y no se toma en cuenta si tienen recursos para solventar las dietas indicadas, o que son pacientes ancianos que lo único que necesitan es tener a quien contarle sus problemas.

La confidencialidad y la confianza son aspectos poco mencionados a pesar de existir preguntas que pretendían evocar respuestas o comentarios relacionados, pero que generalmente fueron contestadas con monosílabos; lo relevante fue escuchar expresiones como “no me queda más que tenerles confianza”, que implicaría una falta de ésta; en cuanto a la confidencialidad, la dan por sentada, lo que no implica necesariamente que no les importe.

Respecto a la unicidad del paciente o recordar que es único e individual, es un concepto expresado pocas veces por los profesionales de la salud y mucho menos por los pacientes.

La falta de características humanistas en el personal de salud, además de diversos factores, ha favorecido la llamada deshumanización en la atención médica. En el ámbito de las instituciones de salud los responsables de esta imagen deshumanizada no son únicamente los médicos, sino el resto de los sujetos que participan en el proceso de atención, desde los administradores que dictan las políticas a seguir, las recepcionistas que no ofrecen un trato adecuado, hasta cada uno de los sujetos que directa o indirectamente participa en la atención médica, como puede ser un camillero o un intendente. Esto fue expresado por los pacientes al manifestar su descontento con la atención médica derivado de la falta de medicamentos o tener que esperar otros servicios en condiciones inadecuadas.

Otro de los factores que inciden en la deshumanización de la atención médica ha sido el desarrollo tecnológico que ha hecho, aparentemente, más fácil solicitar diversos estudios (tomografías, ultrasonidos, baterías de exámenes, etcétera) para lograr un diagnóstico, que establecer una relación médico-paciente personalizada con un diálogo y una exploración adecuada, ese desarrollo que ha llevado a olvidarnos de los más elementales principios de la medicina clínica. Estos principios están siendo revalorados y se presentan como alternativa para enfrentar el excesivo uso de la tecnología que fragmenta al ser humano y es causa de la dependencia social y económica, mediada por intereses muy diversos y casi siempre ajenos a los verdaderos intereses que tratan de lograr una mejor atención médica.

Es aquí donde las instituciones que participan en la formación de profesionales deben entrar en un proceso de reflexión y autocrítica, y preguntarse si están respondiendo a las solicitudes de la sociedad.

Conclusiones

Creemos que las características expresadas por la sociedad en este estudio pueden ser resumidas en habilidades de comunicación, empatía,

profesionalismo y respeto; esto no implica que las otras mencionadas en la literatura no sean consideradas en nuestro medio, pero su importancia no ha sido expresada de igual manera.

Este estudio pretende avanzar en la definición sobre las características humanistas con las que debe contar el médico y plantear la necesidad de establecer dentro del proceso formativo, actividades dirigidas para lograrlas y evaluarlas. Aunque es poco realista pensar que un instrumento de evaluación pueda capturar todos los aspectos relevantes en el dominio complejo del humanismo, es muy importante aproximarse a la evaluación de estas características tan trascendentes en el actuar profesional de los médicos.

Los esfuerzos futuros para evaluar el humanismo se deben enfocar a las conductas en lugar de los rasgos de personalidad o los conceptos vagos de carácter. Nuestra comprensión y evaluación de esas conductas deben incluir el contexto, la evaluación del estudiante en su integridad, tratar de aproximar a la realidad el acto evaluativo y analizar de manera natural el proceso didáctico, aportando y valorando información a partir de las prácticas cotidianas de trabajo, de la realización de las tareas docentes, de la comunicación entre los participantes, a fin de orientar, regular y promover el aprendizaje.

Con independencia de sus dificultades metodológicas, aún no resueltas, estas tendencias holísticas marcan el paso de las ideas más actuales, y enriquecen la maltrecha evaluación del aprendizaje, buscando constituir una verdadera evaluación educativa, entendiéndola como tal a la que está en línea con la esencia de la formación de los estudiantes y acorde con las finalidades sociales.

Por lo tanto, lo primero que tenemos que considerar es si el currículo es el adecuado para formar a los médicos en los principios éticos y humanistas deseados y considerar el currículo oculto que se hace manifiesto en la práctica cotidiana, donde se aprende realmente la clínica y en la cual las instituciones más allá de las posturas individuales de los profesores, se hacen manifiestas y forman al futuro profesional.

Es necesario que el modelo educativo dominante se modifique fomentando la práctica de la reflexión sobre la experiencia, que permita producir un conocimiento crítico, transformador del ser individual, que a su vez sea

generador de un cambio en su entorno. Se requiere, entonces, la acción intencionada de las instituciones educativas para romper este círculo deshumanizador, acrítico. Estas intervenciones presuponen la necesidad de un cambio en el modelo educativo partiendo no sólo de modificaciones al currículo, sino ejerciendo acciones dirigidas a generar la toma de una postura reflexiva por parte de los docentes, sin olvidar la importancia de los ambientes donde se lleva a cabo el proceso educativo.

Los resultados de este estudio promueven que inicialmente se revise lo que se está haciendo dentro de las instituciones formadoras, para que los médicos cuenten o desarrollen características humanistas, porque no es suficiente que se consideren implícitas en el proceso de formación.

Es aquí donde la acción pedagógica dirigida a crear una actitud crítica que permita reflexionar en la importancia de transformar los ambientes educativos, permitirá iniciar un cambio en la atención médica dirigida a la rehumanización del actuar cotidiano del médico.

Referencias

1. Rosser WW, Beaulieu M. Institutional objectives for medical education that relates to the community. *Can Med Assoc J* 1984;130(6):683-639.
2. Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, et al. Educating future physicians for Ontario. *Acad Med* 1998;73(11):1133-1148.
3. Baker MZ, Scofield RH. Educational needs of internal medicine residency graduates: general internist versus subspecialists. *Med Educ* 1998;3(2):527-532.
4. Des-Marchais JE, Delphi A. Technique to identify and evaluate criteria for construction of PBL problems. *Med Educ* 1999;33:504-508.
5. Harden RM, Crosby JR, Davis MH. An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher* 1999;21(1):7-14.
6. Philips DE. Pioneers in providing a competency inventory. *JAMA* 1999;281(1):24.
7. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *AMEE Education Guide* 1999;14:37-45.
8. Sánchez E, Rosales J. La práctica educativa. Una revisión a partir del estudio de la interacción profesor-alumno en el aula. *Cultura y Educación* 2005;17(2)147-173.
9. Corrales A, Rodríguez G, Gil J, García E. Nudist: Una herramienta informática para el análisis de datos cualitativos. *Rev Invest Educ* 1994;23:522-536.
10. Eisenberg, N. Emotion, regulation, and moral development. *Ann Rev Psychol* 2000;51:665-697.
11. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med* 1994;69:670-679.
12. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ* 1989;23:19-23.
13. Viniegra L. La investigación en la educación. Papel de la teoría y la observación. Segunda edición. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2000.
14. Markakis K, Beckman H, Suchman A, Frankel R. The path of professionalism cultivating humanistic values and attitudes in residency training. *Acad Med* 2000;75:141-149.
15. Rogers J, Coutts L. Do students' attitudes during preclinical years predict their humanism as clerkship students? *Acad Med* 2000;75:S74-S77.
16. Woolliscroft JO, Howell JD, Patel BP, Swanson DB. Resident-patient interactions: the humanistic qualities of internal medicine residents assessed by patients, attending physicians, program supervisors, and nurses. *Acad Med* 1994;69:216-224.
17. Gafo-Fernández J. 10 palabras clave en bioética. Navarra-España: Verbo Divino; 1993. **rm**