This page was exported from - DocTutor
Export date: Wed Nov 11 20:16:42 2026 / +0000 GMT

Naturaleza de las habilidades e importancia de los valores en medicina



Roger Ruiz Moral. Participante en la Mesa ?La formación en Comunicación para el médico? del XXXV Congreso de Comunicación y Salud, (Valladolid, Mayo 2026). Profesor titular de Medicina. Editor de **Doctutor Resumen:** Ante las tres preguntas planteadas por la moderadora de la mesa sobre **?La formación en Comunicación para el médico?** del XXXV Congreso de Comunicación y Salud, celebrado en Valladolid (Mayo 2026), Roger Ruiz, planteó la existencia de un sesgo ?ideológico? en la distinción entre ?Habilidad blanda y dura? que muestra la concepción peyorativa que la medicina positivista tiene hacía cualquier enfoque que no sea ?objetivo?, esto es, que no esté validado por la metodología científica, ignorando así el carácter experiencial y humano del enfermar. Frente a la ?explicación? que proporciona el método científico, se encontraría la ?comprensión? que exige la experiencia del enfermar y ambos enfoques requieren de habilidades diferentes. Sin embargo, actualmente, la necesidad de ?comprobar? es decir, explicar diferencias en comunicación o su eficacia ha exigido el desarrollo de instrumentos de medida de la comunicación (escalas) con niveles de validez y fiabilidad equiparables a cualquier otros instrumento de medida. En respuesta a la segunda pregunta, el Dr Ruiz resaltó la naturaleza de los valores como vivencias intuitivas sobre las cualidades de las cosas que modelan el carácter y las actitudes de estudiantes y médicos con el fin de alcanzar esos valores, así los métodos educativos que permiten transmitirlos tienen que ver con los aspectos relacionados con el modelaje y la priorización de la relación tutor-aprendiz, es decir con el desarrollo de un ?acompañamiento integral? al aprendiz a través de las tutorías o mentorías. Finalmente, Ruiz destacó que la principal aportación de la medicina de familia al grado es precisamente la reincorporación de los valores de la especialidad, cada vez más deteriorados por los valores utilitaristas, a través del fomento de la competencia comunicativa y de actitudes genuinamente humanas.

Nature of Skills and Importance of Values in Medicine Abstract: In response to the three questions posed by the chairman of the panel on **?Communication Training for Physicians?** at the XXXV Conference on Communication and Health, held in Valladolid (May 2026), Roger Ruiz, in answer to the first question, raised the issue of an ?ideological? bias in the distinction between ?soft and hard skills.? This bias, he argued, reflects the pejorative view that positivist medicine holds toward any approach that is not ?objective,? that is, not validated by scientific methodology, thus ignoring the experiential and human nature of illness. In contrast to the ?explanation? provided by the scientific method, there is the ?understanding? demanded by the experience of illness, and both approaches require different skills. However, nowadays, the need to "prove" that is, to explain differences in communication or its effectiveness, has required the development of communication measurement instruments (scales) with levels of validity and reliability comparable to any other measurement instrument. Regarding the second question, Dr. Ruiz emphasized the nature of values ??as intuitive experiences of the qualities of things that shape the character and attitudes of students and physicians in order to

achieve those values. Thus, the educational methods that allow for their transmission are related to aspects of modeling and prioritizing the tutor-student relationship; that is, developing ?comprehensive support? for the student through tutoring or mentoring. Finally, Ruiz highlighted that the main contribution of family medicine to the degree program is precisely the reincorporation of the specialty's values, which are increasingly eroded by utilitarian values, through the promotion of communicative competence and genuinely human attitudes.

1ª Pregunta ¿Qué opinas que la comunicación sea considerada una habilidad blanda y por qué? ¿Cómo evaluar la habilidad de comunicación (en consulta, en seminario, con entornos simulados)? Respuesta

Es muy cierto que en la medicina actual, tanto la medicina académica como la medicina clínica, se ha extendido la etiqueta de **?habilidad blanda y dura?,** para denominar a un conjunto de habilidades o competencias de una determinada naturaleza frente a otras de naturaleza diferente. Así, entre las ?habilidades blandas? (HB) se encontrarían todas aquellas relacionadas con las ciencias conductuales o sociales, como la ética, la antropología, la comunicación, etc, mientras que serían ?habilidades duras? (HD), las que derivan de las ciencias básicas (bioquímica, biofísica) o de las ciencias de la vida (biología, biomedicina, fisiopatología,?). Aún reconociendo que la naturaleza de unas y de otras es ciertamente diferente y que por esto el distinguirlas no debería conllevar a confrontación alguna, lo cierto es que esta distinción lleva implícito un juicio de valor sobre las mismas que, a efectos prácticos conlleva un sesgo de valoración y de percepción entre estudiantes, residentes y médicos. Este sesgo queda patente en la tradicional etiqueta que otorga diferente valor para el clínico a cada una de estas habilidades. Así, las HB serían habilidades que está bien que un médico conozca (?nice to know?), pero que en realidad no necesita conocer para ejercer su trabajo (?need to know?), como por el contrario si se requiere de las HD.

De esta manera, lo que esta distinción esconde es una particular visión de la medicina hacia una forma de considerar la naturaleza de la práctica médica, en base a lo que desde el siglo XIX, con la introducción de la medicina experimental, se consideró **?lo objetivo?,** frente a **?lo subjetivo?.** Llevado esto a la estructura del acto clínico esto supone un desprecio de la ?anamnesis?, donde el médico pregunta por las sensaciones subjetivas del paciente, sus síntomas, frente a la exploración llamada ?física? que tiene por objeto, transformar esos síntomas subjetivos en signos objetivos o signos físicos. En realidad, ?lo objetivo? aquí es cualquier cosa que ha pasado por el proceso de validación o contrastación que supone el método experimental (resultado del experimento y no de la experiencia) y que adquiere así un estatus de fiabilidad, del que el médico puede ya fiarse, para conformar su juicio diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

Esta devaluación del síntoma conllevó el ?retroceso de la palabra? en medicina, y ha representado el eje de la ?medicina positivista?, la cual supone un sometimiento del régimen de los hechos a las ciencias de la naturaleza (física y química) y de la vida (biología, biomedicina). Pero el sesgo ideológico que se introduce aquí, es la pretensión de que la ?verdad? del acto clínico sólo se alcanza a través de este régimen y que lo demás o no existe o no debería tener valor para un clínico, de ahí que solo las habilidades derivadas de las ciencias de la naturaleza y de la vida (HD) sean necesarias que este conozca (need to known) mientras que las otras representarían solo un ?bonito? añadido pero totalmente prescindible (nice to known). Esta pretensión de la medicina positivista de que el régimen de los hechos era el único legítimo y que debería aplicarse a cualquier tipo de conocimiento, si este quería recibir el calificativo de ?científico?, obvia que existen otro tipo de saberes sobre la naturaleza y sobre la vida que se ocupan de lo específicamente humano, la vida del espíritu y la cultura, y supone la corrupción del término científico, que podríamos mejor llamar ?cientificismo?.

Y es que el concepto positivo de ?hecho? no puede aplicarse al campo de las ciencias del espíritu y de la vida, porque los criterios que son aplicables a las ciencias de la naturaleza no sirven para las ciencias de la vida. Lo que hacen las primeras es ?explicar? o intentar explicar las cosas, pero en el mundo de la vida de los humanos esta táctica no sirve, porque la vida humana tiene unas características muy peculiares, es algo que no es solo intelectual, sino que representa un conjunto complejo y unido de conocimientos, sentimientos, deseos, tendencias, que desafía la lógica especulativa. Además de la vida se tiene una intuición inmediata que, desde Dilthey, llamamos ?vivencias? y que se suceden en el tiempo, conformando la ?trama de la vida?. Esta trama tiene un ?argumento? que se va construyendo en el tiempo y donde, para que adquiera sentido, todo está conectado con todo. El resultado de todo esto es una historia que no se puede objetivar con el método positivista de la explicación, sino con otro, el de la **?comprensión?**. La historia de la vida con mayores o menores detalles se puede narrar y a través de esta narración podemos

comprenderla, es decir podemos captar las conexiones de sentido que nos permiten acercarnos (nunca total y exhaustivamente) a entender el argumento de una vida.

La revolución en medicina clínica que en la transición del siglo XX al XXI están liderando la medicina de familia y que ahora deben de llevar al ámbito académico (y que sigue la tradición inaugurada por Freud en el ámbito de la Psiquiatría, de Von Weizsäcker y Pedro Laín en el de la clínica) es precisamente hacer una medicina clínica basándose no solo en los datos positivos (los hechos clínicos o signos biológicos) (el paciente como mero cuerpo) sino incorporar y estudiar la enfermedad como suceso biográfico de una persona (el paciente) que está dotado de intimidad, inteligencia racional y libertad y que así hace su vida. Este es el significado real de hacer una medicina humanística. Todo ello, le supone al médico de familia **incluir no solo la explicación de la enfermedad (a través de esas HD) sino su comprensión como persona enferma,** integrando así la dimensión específicamente humana de la enfermedad (a través de esas mal llamadas HB). Por lo que podemos concluir que no existen ?Habilidades Duras o Blandas?, sino habilidades para conseguir objetivos distintos.

En cuanto a **la evaluación de la comunicación**, hay que decir que el desarrollo de los cuestionarios o escalas y de su psicometría, nos ha permitido desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables en los diferentes contextos comunicativos sanitarios y para diferentes fines. Para esto ha sido fundamental el desarrollo de modelos comunicativos de referencia para esos instrumentos de medida (vg. El modelo centrado en el paciente y la escala CICAA) para a partir de ahí identificar categorías observables (determinadas conductas comunicativas) para, acto seguido, documentar su validez y su fiabilidad en diferentes contextos y poblaciones. La rigurosidad en este ámbito debe ser máxima cuando los objetivos sean de investigación, bien sea tratando de describir las conductas que muestran los sanitarios en su relación como de demostrar la eficacia de determinados enfoques comunicativos frente a otros, o también cuando se use para evaluaciones sumativas, esto es, cuando la evaluación del sanitario sea regulatoria (?high stake? assessment), es decir tenga consecuencias significativas y directas para quien la toma. En el caso del uso de estas escalas para la evaluación formativa, lo más importante es tener en cuenta su validez aparente, generalmente obtenida por consenso de expertos, para un determinado modelo de entrevista.

Hoy día una herramienta de medición de la comunicación que ha seguido esos análisis de manera rigurosa puede tener niveles de validez y fiabilidad similares a los de cualquier instrumento de medida de un laboratorio, y por regla general superiores a la mera comprobación ?objetiva? de signos por parte de un médico.

2ª Pregunta: ¿Qué son y cómo se comunican valores al estudiantado? ¿Cuál es el papel de las mentorías? Respuesta:

Efectivamente, para comprender como se comunican los valores, es preciso primero clarificar que cosa son los valores. Los valores de una profesión o especialidad como la Medicina de Familia (MF) hacen referencia a la esencia de la misma. Aspectos como, la disponibilidad, la accesibilidad, la continuidad asistencial, el cuidado, la integridad de la dolencia del paciente, la consideración del contexto y la comunidad, pero también otros como la honestidad, el compromiso con las personas (y no con un determinado tipo de patologías), la confianza, la compasión, o la buena relación/comunicación, son un conjunto de valores que, para distinguirlos de los valores intrínsecos como la felicidad, la bondad, la belleza, el amor, etc, podemos llamar instrumentales o por referencia y que representan, siguiendo la definición de la **WONCA Europe,** los pilares de la práctica clínica del MF. Al menos hasta hace muy poco tiempo la gran mayoría de los propios médicos de familia elegían esta especialidad por representar estos valores, reconociendo así su importancia y sintiéndose comprometidos con su desarrollo y respeto. En general, **la ?vocación profesional?,** se puede definir como una llamada interna que nos inclina a cada uno a elegir una determinada profesión en función precisamente de ese conjunto de atributos o valores con los que como personas nos sentimos identificados o creemos y que por tanto queremos desarrollar y alcanzar. Porque los valores representan unas cualidades de las cosas que captamos a través de los sentidos internos: principalmente por los sentimientos y las emociones (vivencias intuitivas) y que organizan el conjunto de creencias, emociones y cogniciones que conforman nuestro carácter y nos predisponen a actuar con coherencia ante el mundo (actitud) con el fin de alcanzarlos.

El objetivo educativo en relación a los valores y uno de los retos docentes más importantes que tienen principalmente los tutores clínicos y profesores de medicina, es precisamente priorizar la ?educación en valores?, por encima de una educación ?basada en competencias?, y precisamente debido a la naturaleza vivencial e intuitiva que tiene los valores y que antes he descrito, lo que esto significa es que el tutor debe hacer aflorar lo mejor que hay en cada estudiante y residente, ayudándoles a forjar un buen carácter en

ellos y en general encauzar el desarrollo de su vocación(es decir debe promover las cualidades y los valores de la MF y por las que ellos mismos se han sentido atraídos por la especialidad). Y, debido también a esa naturaleza vivencial de los valores que antes he descrito, la forma de transmitirlos no sigue los patrones educativos de tipo didáctico tradicionales basados casi exclusivamente en aspectos cognitivos. La educación en valores principalmente se fomenta mediante la ?forma de estar? que tiene el docente ante el propio aprendiz y ante su trabajo como clínico cuando está el aprendiz delante. Esto, y así respondo a la segunda parte de tu pregunta sobre el papel de las mentorías, podría ser la definición del **?modelaje?**, pero también incluye las tutorías/mentorías, consideradas estas como formas de **?acompañamiento integral?** del mentor o tutor hacia la persona del aprendiz y que se caracterizan por una priorización de la relación entre ambos que haga ver al aprendiz el interés genuino del docente por su persona. Lo cual se traduce por considerar el foco del aprendizaje no tanto en el éxito o fracaso en resultados de aprendizaje concretos (habilidad o competencia concreta) por parte del alumno sino en recoger los aspectos subjetivos del aprendizaje, el cómo ve el problema el estudiante, y sobre todo el por qué lo ve como lo ve y qué supone sobre su autocomprensión personal, del otro y del mundo.

Lo anterior resalta la importancia y la necesidad de un **aprendizaje experiencial (en los contextos clínicos)** que lleve a plantear bien en el ámbito de la **relación diádica** tutor-aprendiz o bien en el ámbito **con grupos pequeños**, ese tipo de **reflexión crítica**, pero también el papel de atender la **?narrativa del paciente?** como fuente para que el aprendiz acceda al sentido que tiene la enfermedad para el paciente, o la **atención al currículo oculto** tanto para practicar un acompañamiento integral como para atender y actuar ante los comportamientos inadecuados.

Pregunta para la mesa: ¿Qué puede aportar la Medicina de Familia en la formación en comunicación en el grado?
Respuesta:

La importancia que para la medicina de Familia (MF) tiene la relación o la comunicación con el paciente, al igual que las otras habilidades que tienen su raíz en las ciencias conductuales o sociales, como he señalado en mis respuestas anteriores, lo que nos está revelando es el tipo de valores que dirige la práctica de un buen médico de familiay que antes hemos descrito, delimitando un tipo de atención sanitaria auténticamente ?humanista?, es decir una atención que, además de buscar ?explicar? la enfermedad, esto es, diagnosticarla, pronosticarla y tratarla, persigue ?comprender? a la persona enferma. De esta forma, a través principalmente (pero no únicamente) de la competencia comunicativa incorporamos los valores de la MF a la práctica del médico, y este es para mí nuestra aportación fundamental a la enseñanza de grado y lo que marca la diferencia con lo que hoy día representa y defiende esa enseñanza universitaria de la medicina, que al igual que la práctica clínica actual se ha escorado en hacer y promover un tipo de medicina que prioriza ?la productividad?, lo que no es más que el reflejo de una serie de valores que tienen mucho que ver con los de la ideología neoliberal (principalmente los derivados del utilitarismo y de la idea de que las personas pueden ser medios para obtener resultados ?rentables?). Esto no ha sido siempre así en medicina, pero es innegable que en los últimos años las políticas neoliberales han impregnado la gestión sanitaria y consecuentemente la práctica médica. Las consecuencias de esas políticas neoliberales en salud, son bien conocidas por cualquier médico actual y en gran medida son las responsables del **?daño moral?** (prefiero llamarlo así y no tanto agotamiento o burnout en la medida que suponen una ?traición? a los valores vocacionales del MF) que están sufriendo los médicos, y que actualmente alcance cotas increíbles (por encima del 60%), sobre todo en algunas especialidades por encima de otras, entre ellas la MF. Y son precisamente esos valores de la MF (llamémoslos humanísticos), los que de manera más radical nos pueden proteger, hasta cierto punto, del impacto que están teniendo la aplicación de los valores neoliberales o positivistas. Por esto insisto en que **lo que la MF puede y debe aportar al grado son precisamente la renovación de unos valores de la medicina** que no debían haberse olvidado o abandonado a través de un énfasis en la comunicación para fomentar en nuestros estudiantes un carácter y unas actitudes genuinamente humanistas que reflejen unas prácticas centradas en las personas. Esto representaría hoy día una auténtica revolución en la enseñanza de la medicina en el grado. Como decía al responder a la anterior pregunta sobre los valores, esto se hace utilizando las metodologías docentes basadas en la experiencia que ponen en el centro la relación tutor-estudiante a través del modelaje, mentorización, acompañamiento, etc que a su vez ponen al estudiante en el centro y utilizar la narrativa como método para comprender a los pacientes.

Me gustaría añadir para acabar que **empezamos a tener evidencias de la importancia de esta enseñanza en valores**. En un estudio realizado por mi grupo con 89 MF considerados por sus colegas ?Ejemplares? (Ruiz Moral R et al. BMC Fam Pract 2021Oct 25;22(1):213. doi: 10.1186/s12875-021-01555-0.) indagamos sobre aspectos como:

This page was exported from - DocTutor
Export date: Wed Nov 11 20:16:42 2026 / +0000 GMT

> - ¿Qué hace que disfrutes en tu trabajo? - ¿Qué cosas te disgustan o te generan insatisfacción de tu trabajo? - ¿Cuales son las estrategias que pones en práctica para minimizar o abolir aquellos aspectos de tu trabajo que te disgustan (y que antes has señalado)? - ¿Qué le aconsejas a tus estudiantes o residentes para que disfruten de su trabajo como médicos de familia?

Resultaba interesantísimo observar que, aún teniendo los mismos problemas que disgustan o generan insatisfacción en el trabajo a cualquier MF, estos MF un 88% se encontraba satisfecho con su trabajo, la mitad (52,3%) disfrutaba siempre y casi la otra mitad (42%) disfrutaba habitualmente, y solo para el 4% el trabajo era una carga. Sin embargo, casi todos ellos decían fomentar una serie de prácticas, actitudes y mentalidades protectoras que básicamente suponían la atención a los aspectos de la medicina en los que ellos creían y que tenían que ver sobre todo con tener una concepción holística y positiva de la salud y con la puesta en acción de una forma creativa de estrategias relacionadas con el cultivo de la excelencia médica, con la colaboración con colegas y gestores, con la promoción de las relaciones con los pacientes y del autoconocimiento. Por esto a la pregunta que les hacíamos sobre qué aconsejarían a sus estudiantes o residentes para que disfruten de su trabajo como médicos de familia, sus respuestas tenían que ver con **descripciones más o menos exhaustivas de la necesidad de perseguir los valores de la profesión**. Estos resultados apuntan a que tener este tipo de valores produce más satisfacción con el trabajo, aumentando la resiliencia y presumiblemente la eficiencia médica aun en circunstancias laborales adversas.